

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE HASTALARIN
ŞİDDET RİSKİNİ DEĞERLENDİRME ARACI
“BRØSET VIOLENCE CHECKLIST (BVC)”
TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

GÜLŞEN MOURSEL

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2016

TEZ KODU: DEU. HSI. MSc- 2011970071

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE HASTALARIN
ŞİDDET RİSKİNİ DEĞERLENDİRME ARACI
“BRØSET VIOLENCE CHECKLIST (BVC)”
TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE
GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

GÜLŞEN MOURSEL

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

TEZ KODU: DEU. HSI. MSc- 2011970071

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Gülşen MOURSEL ‘**Psikiyatri
Kliniğinde Hastaların Şiddet Riskini Değerlendirme Aracı “Brøset Violence Checklist
(BVC)” Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması**’ konulu Yüksek
Lisans tezini 24.06.2016 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN
BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi


Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi


Doç. Dr. Murat BEKTAŞ
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Özgül KARAYURT
YEDEK ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Neslihan PARTLAK
GÜNÜŞEN
YEDEK ÜYE
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET	1
ABSTRACT.	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Şiddet Kavramı.....	8
2.2. Şiddet Teorileri.....	9
2.2.1. Psikoanalitik Yaklaşım.....	10
2.2.2. Engellenme-Saldırganlık Kuramı.....	10
2.2.3.Öğrenme Kuramları.....	11
2.2.4. Şiddetle İlişkili Erken Dönem Yaşantıları.....	12
2.2.5. Şiddetin Nörobiyolojisi.....	13
2.3. Psikiyatri Hastalarında Şiddet.....	14
2.4. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddet.....	15
2.4.1. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddetin Nedenleri.....	16
2.4.2. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddetin Etkileri.....	17
2.4.3. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddet Eylemi Öncesi Davranışlar...18	
2.5. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi ve Psikiyatri Hemşireliği.....	18
2.6. Şiddet Riskini Değerlendirme Araçları.....	21
2.7. Ölçek Uyarlama Çalışmaları.....	22
2.7. 1. Kültürlerarası Ölçek Uyarlanması.....	23
2.7.2. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi.....	24
2.7.3. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi.....	25
2.8. Güvenilirlik.....	25
2.8.1.Zamana Göre Değişmezlik.....	27

2.8.1.1. Test-Tekrar Test (Test-Retest) Güvenilirliği.....	27
2.8.1.2. Paralel Form Güvenilirliği.....	28
2.8.2. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum.....	28
2.8.2.1. Gözlemciler Arası Uyum.....	28
2.8.2.2. Gözlemciler İçi Uyum.....	28
2.8.3.İç Tutarlılık.....	28
2.8.3.1.Test Yarılama Yöntemi.....	29
2.8.3.2.Madde Analizi/Madde Toplam Puan Korelasyonu.....	29
2.8.3.3.Güvenilirlik Katsayısı Hesaplama.....	30
2.9. Geçerlik.....	31
2.9.1. İçerik /Kapsam Geçerliği.....	32
2.9.1.1.Yüzeysel Geçerlik.....	32
2.9.1.2.Uygulama Geçerliği/Ölçüt Bağımlı Geçerlik.....	33
2.9.2. Yapı Geçerliği.....	33
2.9.2.1. Faktör Analizi	34
2.9.2.2. Birleşen ve Ayırt Eden Geçerlik.....	34
2.9.2.3. Bilinen Grupların Karşılaştırması.....	34
2.9.2.4. Hipotez Test Edilmesi.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	36
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	36
3.4. Çalışma Materyali	36
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	37
3.6. Veri Toplama Araçları.....	37
3.7. Araştırma Planı.....	40
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
3.10. Etik Kurul Onayı.....	42
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
7. KAYNAKLAR.....	66
8. EKLER.....	71

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hasta).....	71
EK-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hasta Yakını).....	72
EK-3: Sosyo-Demografik Veri Formu.....	73
EK-4: Brøset Violence Checklist (BVC) Yorumlanması Ve Uygulanması.....	74
EK-5: Brøset Violence Checklist (BVC) Türkçe Formu.....	75
EK-6: Brøset Violence Checklist (BVC) İngilizce Formu.....	76
EK-7: Açık Agresyon Ölçeği.....	77
EK-8: Brøset Violence Cheklist (BVC) İzin Belgesi.....	79
EK-9: Kurum İzini.....	80
EK-10: Etik Kurul İzin Belgesi.....	81
EK-11: Özgeçmiş.....	82

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Ölçek Güvenilirlik Belirleme Yöntemleri	26
Tablo 2: Ölçek Geçerlik Belirleme Yöntemleri	31
Tablo 3. Brøset Violence Checklist (BVC)'nin Geçerlik ve Güvenilirliğinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	41
Tablo 4. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	44
Tablo 5: Brøset Violence Checklist (BVC) Risk Değerlendirme Aracının ROC Analiz Sonuçları.....	46
Tablo 6: Brøset Violence Checklist (BVC) Toplam Puanına Göre Şiddet Davranışı Olan ve Şiddet Davranışı Olmayan Hastaların Karşılaştırılması.....	52
Tablo7: Hastaların Brøset Violence Checklist (BVC) Kullanımı İle 24 Saat İçinde Şiddet Risk Düzeyine Göre Şiddet Davranışı Olma Durumu.....	54
Tablo 8: Şiddet Davranışı Varlığının Hastalık Tanısına Göre Dağılımı.....	55
Tablo 9: Şiddet Davranışı Varlığının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	55
Tablo 10: Hastaların Brøset Violence Checklist (BVC) Risk Değerlendirme Aracından Aldıkları Toplam Puan ile Açık Agresyon Ölçeği(AAÖ)' den Aldıkları Toplam Puan Arasındaki İlişki Düzeyleri	56
Tablo 11: Brøset Violence Checklist (BVC) Risk Değerlendirme Aracının İç Tutarlılık, KR-20 Katsayısı.....	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1:Araştırma Planı.....	40
Şekil 2:ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Kabul Edildiği Gün 08-16)...	47
Şekil 3:ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Kabul Edildiği Gün 16-08)...	47
Şekil 4:ROCANalizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Birinci Gün 08-16).....	48
Şekil 5:ROCANalizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Birinci Gün 16-08).....	48
Şekil 6:ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (İkinciGün 08-16).....	49
Şekil 7: ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (İkinci Gün 16-08).....	49
Şekil 8:ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Üçüncü Gün 08-16).....	50
Şekil 9:ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Üçüncü Gün 16-08).....	50

KISALTMALAR

AAÖ: Açık Agresyon Ölçeği

BVC: Brøset Violence Checklist

COVR: The Classification of Violence Risk

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EAA: Eğri Altında Kalan Alan

ECA: Epidemiologic Catchment Area

FA: Faktör Analizi

HCR-20: The Historical, Clinical, Risk Management-20

KR-20: Kuder Richardson 20

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

START: The Short-Term Assessment of Risk and Treatability

SAPROF: The Structured Assessment of Protective Factors

SORM: The Structured Out-come Assessment and Community Risk Monitoring

SOAS: Staff Observation Aggression Scale

SS: Standart Sapma

SPSS: Statistical Package For Social Science

UK-700: United Kingdom-700

VRAG: The Violence Risk Appraisal Guide

V-RISK-10: The Violence Risk Screening-10

ROC: Receiver Operating Characteristic

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve çalışma yaşamımda bilgisi ve manevi desteğiyle her zaman yanımda olan çok değerli hocam sayın Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'a,

İstatiksel analizlerin her aşamasında zamanını ve bilgisini esirgemeyen sayın Doç. Dr. Murat BEKTAŞ'a

Mesleki eğitimimi destekleyen ve ekip çalışmasına önem veren sayın Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE'ye

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardım ve motive eden başta Hatice ÇAKAR olmak üzere psikiyatri servisinde çalışan tüm hemşire ve çalışma arkadaşlarıma,

Yaşamımın her alanında olduğu gibi bu eğitim sürecinde de bana en büyük desteği veren aileme,

Teşekkür Ederim...

Gülşen MOURSEL

İzmir 2016

ÖZET

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE HASTALARIN ŞİDDET RİSKİNİ DEĞERLENDİRME ARACI “BRÖSET VIOLENCE CHECKLIST (BVC)” TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

GÜLŞEN MOURSEL

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği

gulsen.moursel@deu.edu.tr

Amaç: Bu araştırmanın amacı “Bröset Violence Checklist (BVC)” şiddet riskini değerlendirme aracını Türkçe’ye uyarlamak, geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır.

Yöntem: Metodolojik bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini Şubat-Temmuz 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Ruh Sağlığı Hastalıkları kliniğinde yatan 126 hasta oluşturmuştur. Veriler Bröset Violence Checklist, Açık Agresyon Ölçeği ve sosyo-demografik bilgi formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı/yüzde, Kendall uyum katsayısı, ROC analizi, Mann- Whitney U analizi, korelasyon analizi, Ki-kare analizi, Cohen Kappa, Kuder Richardson-20 analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma süresince 25 hastada 47 şiddet epizodu gözlenmiştir. BVC’ nin ROC analiz sonucunda duyarlılığı 0.680 ila 0.880 arasında, özgüllüğü 0.990 ila 1.000 arasında bulunmuştur. EAA’sı 0.700 - 0.800 arasında bulunmuş olup, ölçeğin kabul edilebilir düzeyde ayırma sahip olduğu belirlenmiştir. BVC toplam puanı için 2 kesme noktasının 24 saat içindeki şiddeti öngörmede uygun bir değer olduğu belirlenmiştir. BVC den aldıkları toplam puanlara göre şiddet davranışı olan ve şiddet davranışı olmayan hastalar arasında yapılan Mann Whitney U ve Ki-kare analizleri sonucu istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. BVC’nin güvenilirliğinin incelenmesi için yapılan Cohen Kappa katsayısı 0.93 bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Bröset Violence Checklist (BVC) psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda şiddet riskinin belirlenmesinde kullanılabilecek geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış önemli bir değerlendirme aracıdır. Hastalardaki şiddetin önlenmesi ve etkili yönetilmesi için yataklı psikiyatri kliniklerinde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri Kliniği, Yatan Hasta, Şiddet Riski, Geçerlik, Güvenilirlik

ABSTRACT

ASSESSING RISK FOR VIOLENCE IN PSYCHIATRIC CLINIC: THE BROSET VIOLENCE CHECKLIST (BVC) TURKISH VERSION: VALIDITY AND RELIABILITY STUDY

GÜLŞEN MOURSEL

Dokuz Eylül University Institute of Health Sciences Psychiatry Nursing Department

gulsen.moursel@deu.edu.tr

Aim: These aim of this study to test reliability and validity of Broset Violence Ceklist.

Methodology: It is a methodological study. Research sample, Dokuz Eylul University Training and Research Hospital, Adult Mental Health Disorders between February and July 2015 constitutes 126 patients at the clinic. Data was collected by Brøset violence checklist, Overt Aggression Scale, and sociodemographic information form. Evaluation of data, Kendall W (Kendall's Coefficient of Concordance) ROC analysis, Mann-Whitney U analysis, correlation analysis, Chi-square analiysis, Cohen Kappa, Kuder Richardson-20 analysis are used.

Results: During research, 47 violent episodes were observed in 25 patients. BVC' s ROC curve analysis results sensitivity was found between 0.680 to 0.880. Specificity were found between 0.990 and 1.000. The AUC (Area under curve) was found between 0.700 - 0,800. It was determined that the scale has an acceptable margin level. Predicting violence within 24 hours of the 2 cut-off point for the BVC total score was determined to be an appropriate value.

Conclusion and Recommendations: The study was conducted for the purpose of validity and reliability in adapting the “Brøset Violence Cheklist (BVC)” violence risk assessment tool to Turkish. Prevention of violence and be used in clinical practice in patients are recommended to manage effectively.

Keywords: Psychiatry Clinic, Inpatient, Risk of violence, Validity and Reliability

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre şiddet; bireyin fiziksel bir gücü veya baskıyı kasıtlı olarak kendisine, başka birisine, bir gruba veya topluma yöneltmesi ve bunun sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya yoksunluk durumlarının ortaya çıkması veya ortaya çıkma olasılığına neden olacak şekilde kullanmasıdır (Krug ve ark, 2002). Saldırganlık ise bedensel ve ruhsal açıdan başkalarına zarar vermek amacıyla kızgınlık, öfke ve nefret dolu yıkıcı davranıştır (Abay veTuğlu, 2000). “Şiddet” terimi genellikle “saldırı ve saldırganlık” terimleriyle birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (Almvik, 2008). Birçok Türkçe makalede de şiddet ve agresyon terimleri birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (Öztürk, 2012; Bilgin ve Özcan, 2012;Abay veTuğlu, 2000).

Şiddet, ruhsal hastalığı olan kişilerde görülebilen sorunlu davranışlardan biri ve belkide en önemlisidir (Almvik ve Woods, 2003). Yatan psikiyatri hastalarında şiddet davranışı hastalar, aileleri ve çalışanlar için önemli bir sorundur (Hartvig ve ark, 2011). Psikiyatri tedavi ortamında şiddet oranının diğer tıp dallarına göre iki kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Öztürk, 2012). Bu nedenle son yıllarda yatan psikiyatri hastalarında şiddetin nedenleri, etkileri, sıklığı, ciddiyeti ve yönetimi üzerine yapılan araştırmalarda artış olmuştur. Barlow ve arkadaşları (2000) tarafından Avustralya’da yatan psikiyatri hastalarında saldırganlığın yaygınlığı ve nedenleri üzerine yapılan bir araştırmada yatan hastaların %13.7’sinde saldırgan davranış görülmüştür. Bu çalışmada sözel taciz %22.8, sözel tehdit %10.6, fiziksel saldırı %14.6, eşyalara yönelik saldırganlık %11.4 ve zorlayıcı talepkar davranışlar %16.3 oranında tespit edilmiştir. Abderhalden ve arkadaşları (2002) tarafından İsviçre’de yataklı psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin %72.4’ü mesleki yaşamları boyunca en az bir kez kendilerini ciddi tehdit altında hissettiklerini ve yaklaşık %70’sinin ise en az bir kez fiziksel saldırıya uğradıklarını belirtmişlerdir. Chukwujekwu ve Stanley (2011) tarafından Nijerya’da yatan hastalarda saldırganlığın yaygınlığı ve nedenleri üzerine yapılan bir diğer araştırmada ise saldırganlık prevalansı %19.5 ve provakasyon olmadan oluşan saldırganlık oranı % 63.3 olarak bulunmuştur. Böke ve arkadaşları (2008) tarafından akut tedavi için kapalı serviste yatan ve şizofreni tanısı alan hastalarda açık saldırganlık ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada hastaların %39’unda saldırgan davranış tespit edilmiştir. Gökçe ve Dündar (2008) tarafından Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yapılan bir araştırmada hekim ve hemşirelerin son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı %85.9

saptanmıştır. Katılımcıların %59.4'ü sözel, %26.5'i fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda meydana gelen şiddetin nedenleri ilgili genel olarak üç etken belirtilmektedir. Birinci etken hasta ile ilgili faktörlerdir; genellikle bireyin doğasında var olan biyolojik faktörler, tanı/psikopatoloji (bipolar manik epizot, şizofreni, özellikle komut var olanları olan hastalarda, antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı, demans ve kafa travması/organik beyin hastalıkları olan hastalar) ve hastalığın aşaması, yaş, cinsiyet, sosyal/ekonomik durum, çocuklukta kötüye kullanım/şiddet öyküsü, yatış öncesi şiddet öyküsü bu grupta yer almaktadır (Bilgin ve Özcan, 2012; Turgut ve ark., 2006; Needman, 2004). İkinci etkende ise çevreye çalışana ait faktörler üzerinde durulmuştur. Fiziksel çevreye ait özellikler; kalabalık, gürültü, mahremiyet azlığı, aşırı sıcak olması, kilitli kapı uygulaması şeklinde birçok değişkenler (Bilgin ve Özcan, 2012). Psikiyatri servisinde varolan pek çok kural ve rutin işler, yapılandırılmış aktivitelerin azlığı, zorla yatırılma, tedaviden memnun kalmama, saldırıların meydana gelme zamanları (sabah ve akşam saatleri, yatışın ilk günleri, yemek saatleri ve nöbet devir teslim zamanları), saldırıların meydana geldiği yerler (hemşire istasyonları, koridorlar), agresyon ve şiddet olayları açısından önemli çevresel değişkenler olarak belirtilmiştir. Çalışanların işlevlerinin, aktivitelerin, toplantıların, hasta görüşmelerinin belirsiz olduğu servisler şiddet açısından daha riskli yerler olarak gösterilmektedir (Bilgin ve Özcan, 2012; Jonsen 2005). Çalışanın cinsiyeti, deneyimi, agresyonla baş etme eğitimi alma durumu, kıdemi, çalışan-hasta oranı gibi özelliklerin agresyon/şiddet insidansı üzerinde etkili olduğu ileri sürülmektedir (Bilgin ve Özcan, 2012). Üçüncüsü durumsal-etkileşimsel etkindir: Bu etken agresyonun meydana geldiği tüm koşulları içerir ve hasta ile çevreye ait olan tüm değişkenleri bir araya getirir. Fazla fiziksel temasla kişisel alana izinsiz girilmesi, tedavi uygulamaları ve aktivitelere katılım için zorlama, sınırlama getirme/özgürlüğün ihlali (servis dışına çıkılmasına izin verilmemesi vb.) gibi davranışlar, zorlayıcı önlemlere tepki (izolasyon, mekanik kısıtlama, zorla ilaç enjeksiyonu), hemşirelerin sözel/fiziksel sınırlama getirici girişimlerinin saldırıları en fazla provoke eden durumlar olduğu belirlenmiştir (Bilgin ve Özcan, 2012; Jonsen 2005). Hastalara karşı olumsuz ve aşağılayıcı otoriter tutumlar, personeller arasında ve personel hasta arasındaki kötü iletişim, personel arasındaki çatışma, şiddet yönetiminde deneyimsizlik ve düşük tolerans ve personel yetersizliği personelle ilgili önemli predispozan faktörlerdir (Bilgin ve Özcan, 2012; Turgut ve ark. 2006; Jansen 2005; Needham ve ark. 2004).

Yapılan bir çok çalışmada yatan psikiyatri hastaları tarafından şiddet gören çalışanların sağlığında ve bu çalışanların hastalara olan profesyonel tutumu ile ilgili birçok olumsuz etkilerin olduğu bildirilmiştir (Almvik, 2008; Arnetz J. ve Arnetz B., 2001). Hastalar arasında şiddetin ani ve öngörülmeleyen patlamaları önemli bir stres faktörüdür (Almvik ve ark., 2000). Hastalarda meydana gelen şiddet davranışı terapötik ortamı bozmakta, diğer hastaları öfkeliendirmekte, çalışanların moralini bozmakta, yaralanmalara ve bazen ölümcül zararlara neden olmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda şiddete maruz kalma sonucu öfke, kaygı ve travma sonrası stres bozukluğu gibi bazı belirtiler olduğu bildirilmiştir. Bir saldırı sonrasında artmış irkilme tepkisi, vücutta gerginlik ve uyku düzeninde değişiklik gibi belirtiler görülebilmektedir (Turgut ve ark., 2006; Almvik ve ark. 2000). Şiddet gören çalışanların yaşam kalitesinde azalma olmakta ve çalışma ortamında şüpheli ve düşmancıl hale gelebilmekte, hasta ihtiyaçlarına karşı duyarsızlaşabilmektedirler (Arnetz J. ve Arnetz B., 2001; Almvik, 2008). Çalışanların bazılarında ise şiddet davranışını rasyonelleştirme ve mesleki bir tehlike olduğuna kendilerini inandırma çabaları olmaktadır (Turgut ve ark., 2006). Bu oluşan olumsuz etkiler, hasta-personel iletişimini etkileyerek sağlık bakım kalitesini düşürmekte ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Arnetz J.ve Arnetz B., 2001; Almvik, 2008).

Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlığın hem hastalar ve çalışanlar üzerindeki olumsuz etkilerini hemde mali kayıplarını önleyecek, çalışmalara ve yöntemlere ihtiyaç vardır (Almvik, 2008). Hastaların ve çalışanların güvenliğini sağlamak, şiddet riskini en aza indirmek ve önleyici tedavi stratejilerini geliştirmek ve planlamanın yapılabilmesi için etkili strateji şiddet riskini değerlendirmektir (Novitskyve ark. 2009; Abderhalden ve ark., 2008). Şiddet riskinin değerlendirilmesi zorla yatırma gibi birçok klinik kararda, ilaç gerekliliğinde ve taburculuk riski açısından da gereklidir (Steinert, 2002). Risk tanılama şiddetdavranışının terapötik olarak yönetiminde en önemli ve tek müdahale olarak görülmektedir (Clinical practice guidelines, 2005). Yataklı psikiyatri kliniklerinde şiddet sorununun azaltılması, müdahale rehber olması ve şiddetin tekrar oluşmasının önlenmesi için klinik deneyim ve bilgilerle oluşturulmuş, sistematik, risk değerlendirme araçlarının kullanılması gerekmektedir (Almvik, 2008, Almvik ve Woods, 2003; Turgut ve ark.2004).

Yataklı psikiyatri birimlerinde şiddet riskini tahmin etmek için uzun bir süre ayırmak olanaksız olduğu için kullanımı kolay ve hızlı doldurulabilecek bir araca ihtiyaç vardır. Ayrıca, araçlar karar verme sürecine yardımcı olmak için kullanılacak ise bunların amprik olarak iyi, güvenilir ve teorik temelli; araştırma literatürüne dayalı, geçerli ve güvenilir araçlar

olması gerekir (Almvik ve ark. 2000). Psikiyatri hastalarında şiddet riskini tanılmaya yönelik birçok araç vardır. Bu araçlar United Kingdom-700 (UK-700), The Broset Violence Ceklist (BVC), The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START), The Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), The Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20), The Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF), The Structured Out-come Assessment and Community Risk Monitoring (SORM), The Classification of Violence Risk (COVR), The Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10)'dur (Singh ve ark.,2011).

HCR-20, VRAG, SAPROF, SORM, START araçları, sosyal ve klinik risk faktörlerinin toplamına dayalı olup , adli veya ıslah cezaevlerinden taburcu olduğunda şiddet suçu işleme riskinin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Şiddet risk sınıflandırması (COVR) bilgisayarlı risk değerlendirme aracı modeline dayanmaktadır. UK-700, COVR, V-RISK-10 yatan psikiyatri hastaları için geliştirilmiştir. Bu araçlar krinolojik, sosyal ve klinik risk faktörlerine dayanmaktadır.Ancak hasta ile ilgili zaman alıcı, geniş bilgileri içeren verilerden oluşması, uzun süreli tahminlere odaklanması, bazılarının kullanımı için ise özel yazılım programlarına ihtiyaç olunması, doldurulmasının uzun sürmesi nedeniyle klinik uygulamalarda hemşireler tarafından daha az tercih edilmektedir (Roaldset ve ark.,2012).

Bu araçlardan BVC yatan psikiyatri hastaları için geliştirilmiş kısa bir kontrol listesi olup şiddet davranışını tahmin edebilen, klinikte günlük uygulamaya kolayca entegre edilebilen, klinik değerlendirmelere ilave olarak sadece davranış gözlemi gerektiren hızlı ve kullanımı kolay bir araç olarak belirtilmektedir (Almvik ve ark., 2000). Ülkemizde ise yatan psikiyatri hastalarında şiddet riskini değerlendirmeye yönelik geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir araca ulaşılammıştır.

Psikiyatri kliniklerinde şiddet durumlarında ilk olarak hasta ile karşılaşan ve kontrol koymaya çalışan, uygulamaların ve devamında hasta üzerindeki etkilerinin takibini yapan hemşiredir (Ünal, 2011). Psikiyatri hemşireleri bir günde genellikle sekiz saat veya daha uzun süre şiddet gösteren hasta ile doğrudan temas halinde oldukları için sağlık profesyonelleri arasında en fazla şiddet riskini değerlendirme sürecinin ve psikiyatrik bakımda tedavinin planlanmasının merkezinde görev almaktadırlar (Almvik ve Woods, 2003). Dolayısıyla hemşire, hastayı gözlemleme, olası tehlikeleri saptama ve gerekli yaklaşımlarda bulunma açısından çok önemli bir role sahiptir (Bjorkdahl ve ark. 2006). Hastaların riskli davranışlarına (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü almak, risk düzeyini değerlendirmek, hastaların en az kısıtlayıcı olan

çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olmak, hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri takip etmek,kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımları uygulamak psikiyatri hemşiresinin görevlerindendir (Bjorkdahl ve ark.,2006; Hemşirelik Yönetmeliği, 2010). Tüm bunlar göz önüne alındığında hemşirenin, hasta yararına ve hastaya yardım edici bir yaklaşım gerçekleştirebilmesi için, baskıcı/zorlayıcı yöntemlerin tedavinin doğal bir parçası olmadığını ve alternatif yaklaşımlarla bu yöntemlerin kullanım sıklığının azaltılabileceğinin fark edilmesi önemlidir (Ünal, 2011).

Psikiyatri hemşiresinin saldırganlık olayı öncesinde, olay anında ve sonrasında saldırgan davranışönlemesi ve etkili bir şekilde yönetilmesi için şiddet riski taşıyan hastaları değerlendirmesi gereklidir (Stuart, 2005). Psikiyatri kliniklerinde hastaların saldırgan davranışı ile ağırlıklı olarak hemşireler karşı karşıya kalmaktadır. Terapötik ortamda şiddet riski olan hastalar ve diğer hastaların güvenliğini sürdürmede primer sorumluluk hemşirelerindir. Bu gerçek göz önüne alındığında şiddet riskinin değerlendirilmesinde geçerliği ve güvenilirliği yapılmış araçların kullanılması şiddeti tahmin etmek ve etkili yönetebilmek için önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı “Brøset Violence Checklist (BVC)” risk değerlendirme aracını Türkçe’ye uyarlamak, geçerlik ve güvenilirliğini saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şiddet Kavramı

İletişim teknolojisindeki gelişmeler, terörizm, savaş, ayaklanmalar gibi şiddet türlerini televizyon izleyicisi için görünür hale getirmiştir. Şiddet evlerde, iş yerlerinde hatta insanlara bakım vermek için kurulan tıbbi ve sosyal kurumlarda ortaya çıkmaktadır. Kurbanların çoğu çok genç ve kendilerini koruyamayacak kadar zayıfken, bir kısmıda sosyal sözleşmeler veya baskılar nedeni ile sessiz kalmak zorundadır. Şiddetin etkilerini ve bazı nedenlerini görmek kolayken, nedenlerin çoğu insan hayatının sosyal, kültürel ve ekonomik yapısının derinlerine gizlenmektedir (Güleç ve Kaptanoğlu, 2011).

Literatürde çoğu zaman şiddet, öfke, saldırganlık ve ajitasyon terimleri ile birbirilerinin yerine kullanılmaktadır. Bu anlam karmaşası karşılaşılan durumu belirlemede yanıltıcı olabilmektedir. Şiddeti tanımlamak, önlemlerini alabilmek ve etkilerinden korunabilmek için kavram analizinin yapılması önemlidir. Bu nedenle şiddet tanımından önce öfke, saldırganlık ve ajitasyon terimlerini açıklamak gereklidir.

Psikoloji sözlüğünde, öfke kavramı, “engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakma, kısıtlama vb. gibi durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye ya da kişiye yönelik saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun olumsuz bir duygu” (Budak, 2000) olarak tanımlanmaktadır. Gazda'ya (1995) göre ise öfke, hoş olmayan bir duygudur. Bu duygu bir davranışın sonucu olarak ya da bir davranışın nedeni olarak ortaya çıkabilmektedir. Öfkenin İngilizce dil karşılığı “anger” olup “gerçek veya hayali bir zarar görme sonucunda ortaya çıkan intikam ve cezalandırma etkilerinin de birlikte olduğu kuvvetli bir memnuniyetsizlik hissi” anlamında kullanılmaktadır (Doksat, 2011).

Şiddet, saldırganlığın alt kümesidir. Tüm şiddet davranışları saldırganlıktır ancak tüm saldırganlık davranışları şiddet değildir. Saldırganlık terimi sosyal psikolojide başka bir kişiye zarar vermeyi amaçlayan davranış olarak tanımlanmaktadır. Saldırganlık bir duygu değil sosyal bir davranıştır. Şiddet ise amacında fiziksel yaralamayı, zarar vermeyi ve hatta ölümü hedef alan saldırganlık türüdür. Bir çocuğun başka bir çocuğu itmesi bir saldırı ancak şiddet değildir. Kasıtlı olarak vurmak, itmek, çekiştirmek, tekmelemek ya da bıçaklayarak zarar vermek bir şiddet eylemidir (Bushman ve Huesmann, 2010). Şiddet, en temel iç güdüsel dürtülerden biri olan saldırganlığın eyleme dönüşmüş hâlidir (Doksat, 2011). Ajitasyon ise şiddetli huzusuzluk demektir. Bir teşhis değil, bir durum değerlendirmesidir (Doksat, 2011).

Şiddet, bireyin düşünce, tutum ve davranışlarıyla ilişkili çok yönlü bir olgudur. Şiddet kavramının tanımı, konunun hangi açıdan ele alındığına bağlı olarak çeşitli şekillerde yapılmaktadır (Yılmaz, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti; gerçek ya da tehdit amacıyla, yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu ya da yoksunlukla sonuçlanma olasılığı yüksek olan fiziksel zor ve gücün kişinin kendine, bir diğer kişi ya da gruba ya da topluma karşı kasıtlı kullanımı olarak tanımlamaktadır (Krug ve ark, 2002).

Şiddet Arapça isim şedd'den gelmektedir; sertlik, katılık; fazlalık; sıkılık; inandırmak, sözle yola getirmek yerine kaba kuvvet kullanmak demektir. İngilizce karşılığı ise hardness, violence; terror, severity; strenght, intensity; great hardship, affliction, suffering'dir (Doksat, 2011). İngilizce violence sözcüğü Latince violentus ve violare'den gelmektedir. Cebri, kuvvetli, hiddetli, sert, zorlu, taşkın anlamlarına gelen ilki Wade'e göre "bir şeyin yapılma tarzını" vurgularken, diğeri yani violare, incitmek, zarar vermek, bozmak, lekelemek, tecavüz etmek, zorlamak, çiğnemek, ihlal etmek anlamlarına gelip "yapılan şeyi" vurgular. Dolayısıyla sözcüğün İngilizce kullanımının Latince köklerinde göze ilk çarpan, biri genel olarak kuvvet fiilini gerektiren diğeri de ihlal etmeyi içeren iki temel anlamının olduğudur (Dursun, 2011).

Şiddetin kuvvet anlamı; üç kavramdan oluşur: Güç, zorlayıcı kuvvet ve şiddet. Güç, hedefleri gerçekleştirme ve yapmadaki kapasite, yapabilme gücüdür. Şiddet ise, yanlış kullanımlı kuvvet, güç ya da enerjidir. Bu gücün, amaçları gerçekleştirmenin ve yapmanın yerine bozması ya da parçalaması durumunda şiddet oluşur. Zorlayıcı kuvvet ise, güç ile şiddet arasında bir konum işgal eder. Dolayısıyla şiddetin tanımının gücün negatif ve pozitif kullanımından yola çıkılarak yapıldığı görülmektedir. Şiddet eyleminde bir şekilde bir şeyin ihlal edildiği belirtilir. Bu ihlal edilen şey de kişiselliğe ait olan haklardır. Şiddet tanımında, kuvvetin kasti ve niyetli, planlı bir şekilde uygulandığı iddia edilir. Dolayısıyla kuvvetin zarar vericiliği kasti olarak yapılan bir zarar vericiliktir (Dursun, 2011).

2.2.Şiddet Teorileri

Şiddet davranışı olan bireyler homojen bir grup değildirler. Şiddet davranışı biyolojik, psikodinamik ve sosyal faktörlerin kombinasyonun yansımasıdır. Biyolojik faktörlerden ailede şiddet öyküsü agresif fenotiplerin genetik geçişinde ve öğrenilmiş davranışlarda önemli bir araçtır. Ailede şiddet davranışına tanık olma gibi geçmiş deneyimler, medyada şiddet

görüntülerinin yaygınlaşmasına bağlı duyarsızlaşma, ödüllendirici ve pekiştirici davranışlar şiddetin çevreyle ilgili predispozan faktörleridir (Rueve ve Welton, 2008).

2.2.1. Psikoanalitik Yaklaşım

19. yy da şiddetin hayvanlarda olduğu gibi insanlarda da iç güdüsel olduğu görüşü oldukça yaygındı. Bushman ve arkadaşlarının makelesinde belirtildiği üzere ilk olarak Darwin (1871) de iç güdü teorisinden hareket ederek saldırgan davranışları bilimsel olarak incelemiş ve şiddetin insanın ne zevk ne de acı çekmekten kaçınmak için değil daha etkin olan hayatta kalmak yani evrimsel adaptasyon için olduğu sonucuna ulaşmıştır. Daha sonraları da doğuştan gelen şiddet davranışlarının varlığını destekleyen amprik çalışmalar yapılmıştır. Yine Bushman ve arkadaşlarının makelesinde belirtildiği üzere, Lorenz (1966), Hinde (1970), Freud (1933, 1950) insan şiddetinin doğuştan gelen iç güdüsel bir davranış olduğunu belirtmiştir. Freud'a göre içgüdüler, zihin üzerinde somatik ve biyolojik talepleri temsil etmekte, yaşam içgüdü ve ölüm içgüdü olmak üzere iki kategoride toplanmaktadır. Freud, içgüdülerin bireysel yaşamın ve insan ırkının sürekliliğini sağladığını belirtmiştir. İnsanın kendi kendini yıkıcı ve yok etmeye çalışan içgüdüleri ise, ölüm içgüdü olarak tanımlanmıştır. İnsandaki şiddetinde ölüm içgüdülerine dayandığını ileri sürmüştür. Ölüm içgüdü, dışa yönelik etkinleştirilmişse kendinden çok başkalarını yıkıma uğratma eğilimleriyle ve şiddet davranışlarıyla açıklanabilmektedir. Ölüm içgüdüünü organizma kendisine yönelttiği zaman, kişinin intihar etmesine neden olabilmektedir. Kısacası Freud'a göre şiddet, insanın kendisine dönük yıkıcı eğilimlerini dış dünyadaki objelere yöneltmesi olarak tanımlanabilir (Bushman ve Huesmann, 2010; Yılmaz, 2011).

2.2.2. Engellenme-Saldırganlık Kuramı

Şiddetin, engellenmenin bir sonucu olarak ortaya çıktığı varsayımına dayanan engellenme-saldırganlık hipotezi, 1939 yılında Yale Üniversitesi'nde bir grup araştırmacı tarafından yayımlanan bir yazıyla ileri sürülmüştür. Freud'un yayılan kuramına tepki olarak ortaya çıkmıştır (Bushman ve Huesmann, 2010; Yılmaz 2011). Daha sonra 'Engellenme ve saldırganlık'adlı kitapta ayrıntılı olarak ele alınan hipotez, o dönemde davranış bilimleriyle ilişkili hemen tüm alanlarda büyük yankı uyandırmıştır. Bu açıklamaya göre, engellenme ve saldırganlık arasında bir neden-sonuç ilişkisi vardır. Bir başka deyişle engellenme saldırganlığın nedeni; saldırganlık da engellenmenin sonucudur. Engellenme yaşayan insanların her zaman bir saldırgan davranış gerçekleştirmemesinin nedeni, bu tür bir

davranışın cezalandırılacağını öngörmeleridir. Saldırganlıklarının kendilerine ya da sevdikleri insanlara zarar vereceğine ya da bir şiddet eylemi gerçekleştiremeyeceklerine inanan engellenmiş bireyler, kendilerini tutacaklardır. Araştırmacılar aynı zamanda kışkırtılan davranışa yapılacak herhangi bir müdahalenin de bir engellenme olacağını ve engellenmiş bireyin saldırganlık eğilimlerini güçlendireceğini belirtmişlerdir (Yılmaz, 2011).

2.2.3.Öğrenme Kuramları

Şiddeti açıklamaya yönelik çeşitli öğrenme modelleri önerilmiştir. Sosyal öğrenme yaklaşımına göre davranış çevre ile karşılıklı etkileşim içindedir. Yalnızca çevre davranışı etkilemekle kalmaz davranışta bireyin içinde bulunduğu çevrenin türünü belirler. Sosyal öğrenme yaklaşımını benimseyen pek çok kuramcı, geleneksel davranışçıların tersine, davranışın açıklanmasında bilişsel süreçleri de göz önünde bulundurmuşlardır. Sosyal öğrenme kuramcılarından Bandura, düşünme ve bilginin simgesel işleyişini davranışın nedenlerine dâhil etmiş ve yaklaşımını Sosyal-Bilişsel Kuram olarak adlandırmıştır. Bu kuramın şiddetin açıklanmasıyla ilişkili en önemli ögesi, gözleyerek (model alma) öğrenmedir (Yılmaz, 2011). Saldırganlık davranışının ödüllendirildiğinin gözlenmesi sonucunda bireyler saldırganlığın getirisi olan bir davranış olduğunu öğrenmektedirler. Bu öğrenme süreci ise çocuklukta başlamaktadır. Çocuklar çevrelerini, ebeveynlerini veya kendileri için önemli şahısları gözleyerek, onları model alarak, saldırganlığın kime karşı, ne zaman, nasıl gösterilebileceğini öğrenmektedirler. Gözlem yoluyla saldırganlığın hangi durum ve bağlamlarda kabul edilebilir bir davranış olarak algılanabileceğini de bilgi dağarcıklarına katmaktadırlar. Bu bilgilerin yanı sıra, karşı taraftaki bireylerin hangi davranışlarının saldırgan direniş gerektirdiğini, saldırganlığın hangi davranışlar karşısında haklı olarak algılanabileceğini de model alarak öğrenmektedirler. Saldırganlık davranışını taklit eden çocuklar saldırganlığın çatışma çözümünde kabul edilebilir bir tepki olduğunu da öğrenmektedirler (Yılmaz, 2011; Kurtyılmaz, 2005). Çocuklarda saldırganlık ve ahlakın gelişimini açıklayan modellerden sosyal bilgi işleme modeline göre; çocuklar ne olduğu, neden olduğuna yönelik sosyal ipuçlarını yorumlayıp kodlarlar ve bu deneyimler uzun süreli bellekte depolanır. Herhangi bir durumda geçmiş deneyimlere göre durumu açıklar ve olası tepkiler üretirler. Bu tepkiler arasından kendi yeterliliği, sosyal ilişkileri, araçları ve vereceği yanıtın olası sonuçlarını değerlendirerek birini seçerler (Güleç ve Kaptanoğlu, 2011). Daha sonra da karşılaştığı benzer durumlarda da bu bilgileri kullanarak harekete geçmektedirler. Bu yöntemle öğrenilen davranış yalnızca belli durumlarda gerçekleştirilir. Bunun nedeni,

davranışın sonucunun ne olacağına ilişkin beklentilerdir. Bir davranışın ödül getireceği beklentisi o davranışın ortaya konma olasılığını arttırırken, ceza getireceği beklentisi azaltacaktır. Bir davranış hiç gerçekleştirmeden de model alma yoluyla, sonuçlarına ilişkin beklenti geliştirebilir (Yılmaz, 2011; Kurtyılmaz, 2005). Etki alanı (Domain) modeline göre ise; çocukların eylemi ahlaki ve ahlaki olmayan şeklinde değerlendirilmesinde zarar verici eylemin kasıtlı yapıp yapılmadığına hükmetmesi merkezi rol oynar. Eğer eylem saldırganca ve haksız bulunursa misilleme meşru olmaktadır. Sonuç olarak bu iki model birleştirildiğin de çocuk deneyimlerine bağlı sosyal davranış ve sonuçlarının temsillerini, sosyal kurallar, şemalar, ahlaki, geleneksel ve kişisel alanlarla ilgili bilgileri latent mental yapısı içinde saklamaktadır. Bu genel sosyal bilginin bir parçası olarak gelecekteki eylemlerini etkilemektedir (Güleç ve Kaptanoğlu, 2011).

Yılmaz'ın makalesinde belirttiği üzere Wilson ve Herrnstein, şiddetle ilişkili kazanç ve kayıpları değerlendirmede fizyolojik uyarılmadaki değişiklikler ve zeka gibi yapısal etmenlerin de rol oynadığını varsayarlar. Fizyolojik uyarılma, insanların koşullanmasını kolaylaştırdığından, şiddetle olumsuz duyguları ilişkilendiremeyen insanlar, saldırgan davranışlardan vazgeçirilemeyeceklerdir. Aynı kuramda, dürtüsel, sosyalleşme açısından yetersiz ve zihinsel geriliği olan çocukların şiddet eylemleri gösterme olasılığının daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir. Ancak, şiddet eğilimli bireylerde zihinsel gerilik yaygın olarak rastlanan bir durum olsa da, bu ilişkiyi nedensel olarak ortaya koyan bir çalışma bulunmamaktadır (Yılmaz, 2011).

2.2.4.Şiddetle İlişkili Erken Dönem Yaşantıları

Yetişkinlikteki şiddete eğilim, çocukluk dönemindeki yaşantılar, uygun olmayan çocuk yetiştirme tarzları ve travmatik deneyimlerle bağlantılıdır. Yaşamın ilerleyen dönemlerindeki sorunlarda, ailenin işlevsel özelliklerinin (anne-babanın çocuğa davranışı), yapısal özelliklerinden (ailenin yapısı, büyüklüğü, anne-babadan birinin olmaması) daha fazla rol oynadığı bilinmektedir. Anne-babanın çocuğa gösterdiği aşırı ilgi ve koruyuculuk iki önemli boyuttur. İlginin az olduğu aşırı koruyucu ailelerde yetişen çocukların ileriki yaşamlarında daha fazlapsikopatoloji riski taşıdığı gözlenmektedir. Ayrıca, bu tür bir anne-baba tutumu, çocuğun, dürtüsel davranışlarını denetlemekte güçlük yaşamasına neden olmakta, suça yönelik davranışlara zemin hazırlayabilmektedir (Yılmaz, 2011).

Gelişim düzeyi, kişilik özellikleri ve istekleri dikkate alınmayan, ailelerinin uygun gördüğü gibi davranmaları beklenen sık sık cezalandırılan çocuklar öfke ve kızgınlık gibi duygu ve düşüncelerini açıkça belirtebilirler. Otoriter tutumun çocuklarda bağımsız kişilik gelişimini engellediği, özellikle erkek çocuklarda saldırganlık düzeyini arttırdığı ve benlik saygısı düzeyini düşürdüğü belirtilmektedir (Sezer, 2010).

Çocuk yetiştirme tarzları ve şiddet arasındaki ilişki, bağlanma kuramı açısından da ele alınmaktadır. Bağlanma kuramına göre, çocuğun kaygı sinyallerine duyarlı olmayan anne-baba, çocuğun güvensiz zihinsel temsiller geliştirmesine katkıda bulunur. Bu temsiller, çocukların anne-babalarının davranışlarını öngörme, yorumlama ve yetişkin yaşamlarındaki ilişki tarzlarına temel oluşturan modeller oluşturmalarını sağlar. Şiddete eğilimli yetişkinlerin çok büyük bir bölümünün çocukluk döneminde bir örselenme yaşantısı olduğuna ilişkin araştırma bulguları mevcuttur. Yılmaz'ın (2011) makalesinde belirttiği üzere Mullen bu tür deneyimlerin, kişilerarası ilişkilerde sorunlar madde kullanımı, kaygı ve depresyon için bir risk etmeni olduğunu; bu sorunların da şiddet eğilimine aracılık ettiğini belirtmektedir. Luntz Weiler ve Spatz Widom çocukluk dönemi örselenme yaşantıları ve yetişkinlikte şiddet eğilimi arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik bazı mekanizmalar önermişlerdir. Buna göre, ihmal ve/veya istismar, bu yaşantı için etkili olan, ancak sonrasında uygun olmayan belli baş etme becerilerinin gelişmesine neden olabilir (Yılmaz, 2011).

2.2.5.Şiddetin Nörobiyolojisi

Günümüzdeki araştırmalar saldırganlığın biyolojik temellerini araştırmaktadır. Birçok biyolojik etkenler- genetik faktörler, hormonal faktörler, nörotansmitterler ve nörofizyolojik etkenler ve aralarındaki ilişki belirsizliğini korumakla birlikte şiddet davranışını etkilemektedirler (Eraslan ve Kayahan, 2011).

Beyin içindeki fizyolojik değişiklikler, travma ve hipoksiye neden olan hastalıklar (kardiyo-pulmaner arrest gibi) bazı kişilerde saldırganlık suçlarının gelişmesine neden olabilir. Beyin tümörleri olan veya serebro vasküler hastalıklar (stroke) geçiren bazı hastalar şiddet davranışı göstermektedirler. Demans ve ağır hipoglisemi, ensefalit gibi metabolik bozukluklarda şiddete yol açabilir. Temporal lop disfonksiyonu insanların saldırgan hale gelmesine neden olur. Bazı kişilerde nöbetin postiktal döneminde şiddet davranışı görülebilmektedir (Delaune, 2013).

Şiddetin nörobiyolojik mekanizmaları incelendiğinde nörotransmitter sistemde en çok serotonin (5-HT) düşük aktivite düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Glutamaterjik/gabaminerjik sistemdeki dengesizlik, subkortikal limbik sistemlerde hiperaktiviteye katkıda bulunarak şiddet davranışını arttırabilir. Katekolaminlerden dopamin ve noradrenalinin ventral tegmental ve locus ceruleustan kaynaklanan hipotalamus ve limbik dahil olmak üzere ön beynin birçok bölgesine projekte olarak katekolaminerjik nöronlar yoluyla şiddeti arttırdığı düşünülmektedir. Artmış nöadrenerjik duyarlılık çevreye tepkiselliği arttırarak, dolaylı olarak şiddete zemin hazırlar. Anterior hipotalamik alanda vazopressin içeren hipotalamik nöronların yoğun olması şiddet davranışını arttırmaktadır. Beyin omurilik sıvısındaki oksitosin düzeyleri azaldıkça şiddet azalmaktadır (Eraslan ve Kayahan, 2011).

Öfke uyandırabilecek bir uyarın, ilk duygusal değerlendirmeden sonra prefrontal, temporal ve parietal alanların dahil olduğu bir erken bilgi işlemeden geçer. Bu erken bilgi işleme süreci, kültürel ve sosyal faktörlerden ve kognitif defisitlerden ve şemalardan etkilenir. Daha sonra, bu uyarınların amigdala ve ilişkili limbik bölgelerde önceki emosyonel koşullanmalarla karşılaştırılarak değerlendirilmesi sonucunda şiddet davranışının dürtüsü oluşmuş olur. Orbital frontal korteks ve anterior singulat girus ise bu dürtünün dışa vurumunu kontrol etmek görevini üstlenirler. Bir uyarının emosyonel anlamını ve bu uyarana karşılık oluşan davranışsal yanıtı belirleyen sistemlerin dengesinin bozulması, şiddet davranışının ortaya çıkmasına yol açar (Eraslan ve Kayahan, 2011).

2.3. Psikiyatri Hastalarında Şiddet

Toplumda psikiyatri hastaları ve şiddet arasında bir bağlantı olduğu algısı vardır. Bu damganlama psikiyatri hastalarında rahatsız edici olmakla birlikte kimi zaman ayrımcılık duygusuna ve toplumsal izolasyona neden olmaktadır. Psikiyatristlerde de şiddet vakalarında ki artış endişe yaratmaktadır. Şiddet olasılığı bazı ruhsal hastalıklarda artış göstermekle birlikte toplumdaki şiddetin ancak küçük bir bölümünü oluşturmaktadır (Rueve ve Welton, 2008).

Psikiyatri hastalarında en çok alkol ve madde kullanan kişilerde şiddet olayı daha çok görülmektedir. Altuner ve arkadaşlarının (2009) 2627 kişide madde kullanımı ve suç ilişkisini araştırdıkları bir çalışmada elde edilen bulgulara göre madde kullanımı ile suç ve şiddet arasında çok anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca madde kullanımı ile öfke durumu, fiziksel şiddet uygulama arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgulara uyuşturucu

madde kullanımının yalnızca suça neden olmadığı aynı zamanda şiddet davranışının temel sebeplerinden birisi olduğunu düşündürmektedir. Birincil tanısı şizofreni, kişilik bozuklukları ve duygulanım bozukluğu olan alkol ve madde kullanan kişilerde bu oranın beş ila altı kat daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Eronen ve ark.,1996).

Özellikle şizofreni ve bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalıklarda şiddet oranının yüksek olduğu genel inanıştır. Şizofreni tanılı bireylerin şiddet davranışı göstermeye yatkın oldukları ileri sürülmüşse de, bu tespit halen tartışmalıdır. Cinayet işleyen şizofreni tanılı bireylerin tüm cinayet vakaları içerisindeki yaygınlığının, şizofreninin toplumsal yaygınlığından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Belli ve ark, 2011). Amerika’da yapılmış bir çalışmada şizofreni tanılı hastalarda şiddet davranışının bir yıllık prevalansı %8.4 iken, herhangi bir hastalığı bulunmayan kişilerde bu oran %2.1 olarak bildirilmiştir; madde kötüye kullanımı birlikteliği bu oranı %30'lara yükseltmiştir (Swanson, 1990). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde 101 şizofreni tanılı hasta ile yapılan bir çalışma sonucunda, 22 hastada (%21.8) şiddet davranışı izlenirken, 79 hastada (%78.2) şiddet davranışı izlenmemiştir. Şiddet davranışı açısından madde kullanım eş tanısı bulunan şizofreni tanılı hastalar ile bulunmayan hastalar karşılaştırıldığında alkol-madde kullanımı olan grupta şiddet davranışı oranının alkol-madde kullanımı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Aras, 2011). Erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, işsiz olmak, psikotik bulgulara rağmen hiç psikiyatri kliniğine başvurmamış olmak, antisosyal kişilik özellikleri göstermek, akut psikotik bulgularda alevlenme, alkol /madde kötüye kullanımının varlığı, daha önce şiddet eylemlerinde bulunmuş olmak, paranoid şizofreni alt tipinin tanımlanması, antipsikotik tedaviye uyumsuzluk, sık sık hastaneye yatış hikayesi, intihar fikirlerinin bulunması gibi faktörler bireyi şiddete daha yatkın hale getirmektedir. Madde kötüye kullanımı önemli bir risk faktörü olarak ön plana çıkmakla birlikte diğer risk faktörlerinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. (Belli ve ark, 2011; Aras, 2014).

2.4. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddet

Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlık ve şiddet davranışı hastalar, aileleri ve çalışanlar için önemli bir sorundur (Hartvig ve ark, 2011). Psikiyatri tedavi ortamında şiddet oranının diğer tıp dallarına göre iki kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Öztürk, 2012). Bu nedenle son yıllarda yatan psikiyatri hastalarında şiddetin nedenleri, etkileri, sıklığı, ciddiyeti ve yönetimi üzerine yapılan araştırmalarda artış olmuştur. Barlow ve arkadaşları (2000)

tarafından Avustralya’da yatan psikiyatri hastalarında saldırganlığın yaygınlığı ve nedenleri üzerine yapılan bir araştırmada yatan hastaların % 13.7’sinde saldırgan davranış görülmüştür. Bu çalışmada sözel taciz %22.8, sözel tehdit %10.6, fiziksel saldırı %14.6, eşyalara yönelik saldırganlık %11.4 ve zorlayıcı talepkar davranışlar %16.3 oranında tespit edilmiştir. Abderhalden ve arkadaşları (2002) tarafından İsviçre’de yataklı psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin %72.4’ü mesleki yaşamları boyunca en az bir kez kendilerini ciddi tehdit altında hissettiklerini ve yaklaşık %70’sinin ise en az bir kez fiziksel saldırıya uğradıklarını belirtmişlerdir. Chukwujekwu ve Stanley (2011) tarafından Nijerya’da yatan hastalarda saldırganlığın yaygınlığı ve nedenleri üzerine yapılan bir diğer araştırmada ise saldırganlık prevalansı %19.5 ve provakasyon olmadan oluşan saldırganlık oranı % 63.3 olarak bulunmuştur. Böke ve arkadaşları (2008) tarafından akut tedavi için kapalı serviste yatan ve şizofreni tanısı alan hastalarda açık saldırganlık ölçeği kullanılarak yapılan bir araştırmada hastaların %39’unda saldırgan davranış tespit edilmiştir. Gökçe ve Dündar (2008) tarafından Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile sosyo-demografik durum, şiddete maruz kalma ve yönetici desteğini yeterli bulup bulmadıkları sorularını içeren anket formları kullanılarak yapılan bir araştırmada hekim ve hemşirelerin son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalma oranı %85.9 saptanmıştır. Katılımcıların %59.4’ü sözel, %26.5’i fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir.

2.4.1. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddetin Nedenleri

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda meydana gelen şiddetin nedenleri ilgili genel olarak üç etken belirtilmektedir. Birinci etken hasta ile ilgili faktörlerdir; genellikle bireyin doğasında var olan biyolojik faktörler, tanı/psikopatoloji (bipolar manik epizot, şizofreni, özellikle komut var olan hastalarda, antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı, demans ve kafa travması/organik beyin hastalıkları olan hastalar) ve hastalığın aşaması, yüksek düzeyde düşmanlık-şüphencilik-düşünme bozuklukları ve ajitasyon/heyecan, uzun süreli hastane yatışları, erken başlangıçlı psikiyatrik belirtiler, psikiyatri hastanelerine başvuru sıklığı, yaş, cinsiyet, sosyal/ekonomik durum, çocuklukta kötüye kullanım/şiddet öyküsü, yatış öncesi şiddet öyküsü bu grupta yer almaktadır (Bilgin ve Özcan , 2012; Turgut ve ark., 2006;Needman, 2004). İkinci etken ise çevresel faktörler olup hasta agresyonuna katkıda bulunan çevresel ve çalışana ait faktörler üzerinde durulmuştur. Fiziksel çevreye ait özellikler; kalabalık, gürültü, mahremiyet azlığı, aşırı sıcak olması, kilitli kapı uygulaması şeklinde birçok değişkenlerdir (Bilgin ve Özcan, 2012). Psikiyatri servisinde mevcut pek çok kural ve rutin işler, yapılandırılmış aktivitelerin azlığı, zorla yatırılma,

tedaviden memnun kalmama, şiddeti önleme programlarının olmaması, şiddet davranışı olan hastalarda artış, saldırıların meydana gelme zamanları (sabah ve akşam saatleri, yatışın ilk günleri, yemek saatleri ve nöbet devir teslim zamanları), saldırıların meydana geldiği yerler (hemşire istasyonları, koridorlar), agresyon ve şiddet olayları açısından önemli çevresel değişkenler olarak belirtilmiştir. Çalışanların işlevlerinin, aktivitelerin, toplantıların, hasta görüşmelerinin belirsiz olduğu servisler şiddet açısından daha riskli yerler olarak gösterilmektedir (Bilgin ve Özcan, 2012; Jonsen, 2005; Delaune, 2013). Çalışanın cinsiyeti, deneyimi, agresyonla baş etme eğitimi alma durumu, kıdemi, çalışan-hasta oranı gibi özelliklerin agresyon/şiddet insidansı üzerinde etkili olduğu ileri sürülmektedir (Bilgin ve Özcan, 2012). Üçüncüsü durumsal-etkileşimsel etkindir. Bu etken agresyonun meydana geldiği tüm koşulları içerir ve hasta ile çevreye ait olan tüm değişkenleri biraraya getirir. Fazla fiziksel temasla kişisel alana izinsiz girilmesi, tedavi uygulamaları ve aktivitelere katılım için zorlama, sınırlama getirme/özgürlüğün ihlali (servis dışına çıkılmasına izin verilmemesi vb.) gibi davranışlar, zorlayıcı önlemlere tepki (izolasyon, mekanik kısıtlama, zorla ilaç enjeksiyonu), hemşirelerin sözel/fiziksel sınırlama getirici girişimlerinin saldırıları en fazla provoke eden durumlar olduğu belirlenmiştir (Bilgin ve Özcan, 2012; Jonsen 2005). Hastalara karşı olumsuz ve aşağılayıcı otoriter tutumlar, personeller arasında ve personel hasta arasındaki kötü iletişim, personel arasındaki çatışma, şiddet yönetiminde deneyimsizlik ve düşük tolerans ve personel yetersizliği personelle ilgili önemli predispozan faktörlerdir (Bilgin ve Özcan, 2012; Turgut ve ark. 2006; Jansen 2005; Needham ve ark.2004).

2.4.2. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddetin Etkileri

Yatan psikiyatri hastalarından şiddet gören çalışanların sağlığında ve bu çalışanların hastalara olan profesyonel tutumu ile ilgili birçok olumsuz etkiler oluşmaktadır (Almvik, 2008; Arnetz J. ve Arnetz B., 2001). Hastalarda şiddetin ani olması ve öngörülememesi önemli bir stres faktörüdür (Almvik ve ark., 2000). Hastalarda meydana gelen şiddet davranışı terapötik ortamı bozmakta, diğer hastaları öfkeliendirmekte, çalışanların moralini bozmakta, yaralanmalara ve bazen ölümcül zararlara neden olmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda şiddete maruz kalma sonucu öfke, kaygı ve travma sonrası stres bozukluğu gibi bazı belirtiler olmaktadır. Bir saldırı sonrasında artmış irkilme tepkisi, vücutta gerginlik ve uyku düzeninde değişiklik gibi belirtiler görülebilmektedir (Turgut ve ark., 2006; Almvik ve ark. 2000). Şiddet gören çalışanların yaşam kalitesinde azalma olmakta ve çalışma ortamında şüpheli ve düşmanca hale gelebilmekte, hasta ihtiyaçlarına karşı duyarsızlaşabilmektedirler (Arnetz J. ve Arnetz B., 2001; Almvik, 2008). Çalışanların bazılarında ise şiddet davranışını

rasyonelleştirme ve mesleki bir tehlike olduğuna kendilerini inandırma çabaları olmaktadır (Turgut ve ark., 2006). Bu oluşan olumsuz etkiler, hasta-personel iletişimini etkileyerek sağlık bakım kalitesini düşürmekte ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (Arnetz J. ve Arnetz B., 2001; Almvik, 2008). Kavak ve Ekinci'nin (2013) psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere yönelik hastalar tarafından uygulanan şiddeti değerlendirmek için yaptıkları çalışmada bir saldırı sonrası hemşirelerin %53.3'ü öfke hissettiklerini belirtmişlerdir. Gökçe ve Dünder'in (2008) Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ile şiddete maruziyetin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerine etkisinin belirlenmesine yönelik yaptıkları çalışmada şiddete maruz kalanların kaygı puanları yüksek bulunmuştur. Kahrman'ın (2014) şiddete maruz kalan hemşirelerle yaptığı çalışmada hemşirelerin yarısı şiddetle karşılaştıklarında “kendi kendilerine olayla baş etmeye çalıştıklarını”, şiddet olayından sonra %52.6'sı “öfke”, %10.5'i “kızgınlık”, %10.5'i “korku” yaşadıklarını, %10.5'inin olaydan sonra “mesleği bırakmak istediklerini” ve %40.4'ü uğradıkları şiddetin “iş performansını etkilendiğini” belirtmişlerdir.

2.4.3. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddet Eylemi Öncesi Davranışlar

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda şiddetin kesin tahmini mümkün değildir. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri şiddet davranışına yol açabilecek belirtiler için dikkatli olmalıdırlar. Psikiyatri hemşirelerinin tüm hastaları şiddet potansiyeli açısından değerlendirmeleri gerekir. Hastanın şiddet riskinin değerlendirilmesi, çevrenin algılanma düzeyi, bilişsel düzey ve iletişime bağlı stres ve hasta tepkilerini içerir. Davranışlar düşük düzeyden daha şiddetli davranışa neden olabilecek yüksek düzey saldırgan davranışlara kadar değişir (Stuart, 2005).

Çene ve yumrukların sıkılması, gözlerini açma, yoğun bir şekilde ve sürekli bakma, yüzde ve boyunda kızarma, göze batan bir şekilde kaşlarını çatma ya da sırtıma, hareketlerde hızlanma, artan uyanıklık durumu, tetikte beklemesi, gözlenmesi gereken şiddet riskini belirlemeye yardımcı olabilecek hasta davranışlarıdır. Şiddet riskini belirlemeye yardımcı olabilecek hasta konuşmalarındaki sözlü ipuçları ise zarar vereceğine dair tehditlerde bulunma yüksek ve baskılı ses tonuyla taleplerin söylenmesi, aniden başlayan sessizlik, alaycı konuşmalar, mantıksız söylemler, çığlık atma, bağırma, korkulu ve şüpheli ifadelerdir (Delaune, 2013).

Hastadaki şiddet potansiyelinin değerlendirilmesinde bir diğer kritik faktör artan öfke düzeyidir. Saldırganlık öncesinde genellikle bir öfke duygusu vardır. Bu nedenle hastanın öfke düzeyini değerlendirmek önemlidir. Sağlıklı bireyler öfkelerini daha iyi ifade edebildiği

zaman nadiren şiddet / saldırganlık davranışı gösterirler. Uygunsuz öfori, iritabilite ve değişken duygulanım bir hastanın kontrolünü sürdürme konusunda zorlandığını gösterir. Konfüzyon, oryantasyon bozukluğu ve hafıza kaybı dahil olmak üzere bilinç düzeyindeki değişiklikler aynı zamanda olası şiddet davranışının birer göstergesi olabilir (Stuart, 2005; Delaune, 2013).

2.5. Psikiyatri Kliniklerinde Yatan Hastalarda Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi ve Psikiyatri Hemşireliği

Yatan psikiyatri hastalarında şiddetin hem hastalar ve çalışanlar üzerindeki olumsuz etkilerini hem de mali kayıplarını önleyecek, çalışmalara ve yöntemlere ihtiyaç vardır (Almvik, 2008). Hastaların ve çalışanların güvenliğini sağlamak, şiddet riskini en aza indirmek ve önleyici tedavi stratejilerini geliştirilmesi ve planlamanın yapılabilmesi için etkili strateji şiddet riskini değerlendirmektir (Novitsky ve ark. 2009; Abderhalden ve ark., 2008). Şiddet riskinin değerlendirilmesi zorla yatırma gibi birçok klinik kararda, ilaç gerekliliğinde ve taburculuk riski açısından da gereklidir (Steinert, 2002). Risk tanılama şiddet davranışının terapötik olarak yönetiminde en önemli ve tek müdahale olarak görülmektedir (Clinical practice guidelines, 2005).

Yataklı psikiyatri kliniklerinde şiddet sorununun azaltılması, müdahalelere rehber olması ve şiddetin tekrar oluşmasının önlenmesi için klinik deneyim ve bilgilerle oluşturulmuş, sistematik, iyi risk değerlendirme araçlarının kullanılması gerekmektedir (Almvik, 2008; Almvik ve Woods, 2003; Turgut ve ark. 2006).

Psikiyatri kliniklerinde şiddet durumlarında ilk olarak hasta ile karşılaşan ve kontrol koymaya çalışan, uygulamaların ve devamında hasta üzerindeki etkilerinin takibini yapan hemşiredir (Ünal, 2011). Psikiyatri hemşireleri bir günde genellikle sekiz saat veya daha uzun süre şiddet gösteren hasta ile doğrudan temas halinde oldukları için sağlık profesyonelleri arasında en fazla şiddet riskini değerlendirme sürecinin ve psikiyatrik bakımda tedavinin planlanmasının merkezinde görev almaktadırlar (Almvik ve Woods, 2003). Dolayısıyla hemşire, hastayı gözlemleme, olası tehlikeleri saptama ve gerekli yaklaşımlarda bulunma açısından çok önemli bir role sahiptir (Bjorkdahl ve ark. 2006).

Hastaların riskli davranışlarına (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü almak, risk düzeyini değerlendirmek, hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olmak, hastanın kendine

ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri takip etmek, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımları uygulamak psikiyatri hemşiresinin görevlerindendir (Bjorkdahl ve ark., 2006; Hemşirelik yönetmeliği, 2010). Tüm bunlar göz önüne alındığında hemşirenin, hasta yararına ve hastaya yardım edici bir yaklaşım gerçekleştirebilmesi için, baskıcı/zorlayıcı yöntemlerin tedavinin doğal bir parçası olmadığını ve alternatif yaklaşımlarla bu yöntemlerin kullanım sıklığının azaltılabileceğinin fark edilmesi önemlidir (Ünal, 2011).

Psikiyatri hemşiresinin saldırganlık olayı öncesinde, olay anında ve sonrasında saldırgan davranışı önlenmesi ve etkili bir şekilde yönetilmesi için şiddet riski taşıyan hastaları değerlendirmesi gereklidir (Stuart, 2005). Psikiyatri kliniklerinde hastaların saldırgan davranışı ile ağırlıklı olarak hemşirelerin karşı karşıya kalması ve terapötik ortamda saldırgan davranış riski olan hastalar ve diğer hastaların güvenliğini sürdürmede primer sorumluluğun hemşirelerin olduğu gerçeği göz önüne alındığında şiddet riskinin değerlendirilmesinde geçerliği ve güvenilirliği yapılmış araçların kullanılması şiddeti tahmin etme ve etkili yönetebilmek için önemlidir (Needham ve ark., 2004).

Psikiyatri Hemşirelerinde Şiddet Davranışına Yönelik Farkındalık

Her hemşire öfkeli, saldırgan ya da şiddet davranışı olan hastalarla çalışamayabilir. Şiddet davranışı sonrasında bazı hemşireler korku ve üzüntü gibi duygular yaşayabilir. Psikiyatri hemşiresinin hastaların tepkilerini anlaması için öncelikle kendi tepkilerini irdelemesi gerekir. Kişisel farkındalık, hasta görüş ve davranışlarını kişiselleştirmeyi önlemede yardımcı bir süreçtir. Teorik bilgi her zaman yeterli olmayabilir. Çocukluk döneminde çoğu zaman öfke ifadesinin çok güçlü anlamının olduğu, korkutucu ve kaçınılması gereken bir durum olduğu öğretilir. Çocukluk döneminde kabul ettirilen bu inanışlar yetişkinlikteki davranışları etkiler. Kendi düşüncelerimizi irdelemek kendi inançlarımızın verdiğimiz tepkilere nasıl yansıdığını belirlememize yardımcı olur. Kendi farkındalığımız şiddet potansiyeli olan ve öfkeli hastalarla çalışırken dikkate almamız gereken önemli noktaları belirler (Delaune, 2013).

Psikiyatri hemşiresinin şiddet davranışı olan hastalarla çalışırken kendi farkındalığı için izlemesi gereken maddeler aşağıda belirtilmiştir:

- Öfkeyi kendi üzerinize çekmeden yapıcı bir şekilde kullanabilme becerisi,
- Açık sözlü iletişim kurabilme becerisi,

- Yargılamayan bir tutumla aktif dinleme becerisi,
- Hem hastalara karşı empatik bir tutumla yaklaşabilme hem de sınır ilişkisini koruyabilme,
- Şiddet hakkındaki korku ve anksiyeteyi anlamak için isteklilik.
- Şiddet davranışı olan hastalarının tedavi olabileceğine inanma (Delaune, 2013).

2.6. Şiddet Riskini Değerlendirme Araçları

Yataklı psikiyatri birimlerinde şiddet riskini tahmin etmeye uzun bir süre ayırmak olanaksız olduğu için kullanımı kolay ve hızlı doldurulabilecek bir araca ihtiyaç vardır. Ayrıca, araçlar karar verme sürecine yardımcı olmak için kullanılacak ise bunların amprik olarak iyi, güvenilir ve teorik temelli; araştırma literatürüne dayalı, geçerli ve güvenilir araçlar olması gerekir (Almvik ve ark. 2000).

Psikiyatri hastalarında şiddet riskini değerlendirmeye yönelik birçok araç vardır. Bu araçlar Birleşik Krallık-700 (*United Kingdom-700*, UK-700), Broset Şiddet Kontrol Listesi (*The Broset Violence Ceklist*, BVC), Tedaviyi ve Riski Kısa Dönemde Değerlendirme Aracı (*The Short-Term Assessment Of Risk And Treatability*, START), Şiddet Riskini Değerlendirme Rehberi (*The Violence Risk Appraisal Guide*, VRAG), Geçmişe Dayalı , Kliniksel Risk Yönetimi-20 (*The Historical, Clinical, Risk Management-20*, HCR-20), Koruyucu Faktörlerin Yapısal Değerlendirilmesi (*The Structured Assessment of Protective Factors*, SAPROF), Toplumdaki Riskin İzlenmesi ve Sonuçları Yapılandırılmış Değerlendirilmesi (*The Structured Out-come Assessment and Community Risk Monitoring*, SORM), Şiddet Risk Sınıflandırılması (*The Classification of Violence Risk*, COVR), Şiddet Risk Taraması (*The Violence Risk Screening-10*, V-RISK-10) (Singh ve ark.,2011).

HCR-20, VRAG, SAPROF, SORM, START araçları, sosyal ve klinik risk faktörlerinin toplamına dayalı olup , adli veya ıslah cezaevlerinden taburcu olduğunda şiddet suçu işleme riskinin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir (Roaldset ve ark.,2012). UK-700, COVR, V-RISK-10 yatan psikiyatri hastaları için geliştirilmiştir. Bu araçlar krinolojik, sosyal ve klinik risk faktörlerine dayanmaktadır. Şiddet risk sınıflandırması (COVR) bilgisayarla risk değerlendirme aracı modeline dayanmaktadır. V-RISK-10, 10 maddelik (Şiddet tehditleri, şiddet eylemleri, madde kötüye kullanımı, major ruhsal hastalık, kişilik bozukluğu, içgörü, şüphecilik, empati eksikliği, gerçek dışı planlamalar ve gelecekteki stres durumları) risk değerlendirme kontrol listesi olup psikiyatri acil üniteleri için geliştirilmiştir. Ancak bu araçlar hasta ile ilgili zaman alıcı, geniş bilgileri içeren verilerden oluşması, uzun

sürekli tahminlere odaklanması, bazılarının kullanımı için ise özel yazılım programlarına ihtiyaç olunması, doldurulmasının uzun sürmesi nedeniyle klinik uygulamalarda hemşireler tarafından daha az tercih edilmektedir (Almvik ve ark., 2000; Roaldset ve ark., 2012).

2.7. Ölçek Uyarlama Çalışmaları

Ölçek uyarlama çalışmaları genel olarak üç aşamadan oluşmaktadır;

- Kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması
- Psikolinguistik özelliklerin incelenmesi,
- Psikometrik özelliklerin incelenmesidir (Geçerlik- Güvenilirlik)

(Aksayan ve Gözüm, 2002).

Bir ölçeğin yalnızca başka dile çevrilip kullanılması yerine o ölçekle ilgili temel psikometrik işlemlerin (geçerlik, güvenirlik) de yapılması süreci ölçeğin başka dil ve kültürlerle uyarlanması olarak bilinmektedir (Deniz, 2007).

Uyarlama çalışmaları daha kolay gibi görülmekle birlikte, bir ölçeği geliştirirken izlenen basamakların ve yürütülen işlemlerin birçoğu, hatta neredeyse hepsi ölçek uyarlaması için de gerekli ve zorunludur. Hatta bazı noktalarda, özgün ölçekte yapılanlardan daha fazlasının yapılması gerekebilir. Uyarlama aşamaları, ölçeklerdeki maddelerin eş anlama gelip gelmediğinin denetlenmesinden başlayarak, ölçeğin iç yapısında ve psikometrik özelliklerinde değişimler olup olmadığının ortaya çıkarılmasına kadar giden bir dizi anlamsal, kültürel ve istatistiksel işlemi içermektedir (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Ölçek uyarlama çalışması yapmanın bazı zorlukları vardır. Bunlardan en önemlisi, ölçeğin asıl kültürüne ve uyarlanacak kültüre hakim olan bu iki kültürün karşılaştırmasını yapabilecek düzeyde bilgiye sahip, her iki dile de hakim olan ve ölçek uyarlama konusunda çalışabilecek uzmanları bulmaktır. Eğer bu belirtilen özelliklerin hepsine sahip olan bir uzman grubu varsa bu, uyarlama çalışması için oldukça iyi bir durumdur. Ancak belirtilen bu özelliklerin tamamına sahip olan bir uzman grubu yoksa bu özelliklerden her biri/birkaçı için farklı uzmanlar belirlenecektir. Dolayısıyla bu belirlenen uzman grubundaki kişiler kendi alanı dışındaki konularda bilgiye sahip olmadıkları için, bu grubun hep birlikte çalışması (yani bir komisyon gibi) gerekecektir. Bu da bu kişiler için uygun zamanlama ve planlama yapılması güçlüğünü ortaya çıkaracaktır (Deniz, 2007).

Uyarlamada karşılaşılabilecek diğer bir zorluk ise, uyarlanan testin psikometrik özelliklerinin sağlanamaması olabilir. Eğer özgün ölçek aslında yüksek derecede güvenilirlik ve geçerliğe sahipse, uyarlanan ölçeğin de bu değerlere yakın değerler vermesi beklenir. Ancak uyarlamadaki farklılıktan dolayı, uyarlanan ölçekte iyi bir güvenilirlik ve geçerlik elde edilse bile, bu değer özgün ölçeğin güvenilirlik ve geçerlik değerlerinden farklı olabilir. Bu durumda uyarlanan ölçek iyi psikometrik özelliklere sahip olmasına rağmen özgün ölçekten daha düşük değerlerde psikometrik özelliklere sahip olacaktır (Deniz, 2007).

Ölçek uyarlama sürecinde uyarlamayı geçersiz kılan ya da en çok hata yapılan noktalar ise ölçeğin kendisi, kültürel/dilsel farklılıklar, çevirmenlerin seçimi ve eğitimi, çeviri süreci, teknik konulardan ise yöntemler, veri toplama desenleri, veri analizi ve sonuçların yorumlanma kısmıdır. Uygulama sürecinde ise ölçeği uygulayanlar ve ölçeği dolduranlar arasındaki iletişim kopukluğu, uygulamadaki fiziksel koşullar yanlılık kaynağı olabilir. Uyarlama sürecinde bu faktörler dikkate alınarak hata kaynakları giderilmeye çalışılmalıdır. (Hambleton, 2005). Araştırmacının uyarlayacağı ölçeğe ilişkin ön bilgisinin olması adaptasyon sürecindeki olası hataları önler (Öztürk ve ark., 2015). Ölçek uyarlama çalışması belli bir plan ve sistem içinde yapılmazsa, karşılaşılabilecek olası durumlar dikkate alınmazsa ya da olası sıkıntıları giderici önlemler alınmazsa uyarlanan ölçeğin gücü ve etkisi zayıf olacaktır (Deniz, 2007).

2.7.1. Kültürlerarası Ölçek Uyarlanması

Ölçek uyarlanma çalışmalarında üzerinde durulması gereken en önemli nokta, çalışılacak konuyu en iyi temsil eden, geçerliği ve güvenilirliği yüksek ve doğrulanmış ölçeği seçmektir (Akbaş ve Korkmaz, 2007). Araştırmacı özgün ölçeğin geliştirildiği dilin ve kültürün kendi dilimiz ve kültürümüzle benzer olmasına ve ölçeğin geliştirildiği grup ile araştırmanın yapılacağı grubun özelliklerinin aynı olmasına dikkat etmelidir. Araştırmacının özgün ölçeği kendi uygulayacağı grubun özelliklerine sahip bir grupta denemesi durumunda ölçeğin o grupta da geçerli ve güvenilir sonuçlar verdiğini göstermesi gereklidir (Öztürk ve ark., 2015).

Bir ölçeği uyarlamak ikinci kültürde yeni bir ölçek geliştirmekten daha ucuz ve hızlıdır. Ölçeğin amacı kültürel ya da ulusal değerlendirme yapmak olduğunda, uyarlanmış bir ölçek, ikinci kültürde denk bir ölçek geliştirmenin en etkili yoludur. İkinci bir kültürde ölçek geliştirmek için uzmanlık bilgisi yetersiz olabilir. Özgün ölçek iyi bilinen bir ölçek

olduğunda, o ölçeğin uyarlamasının vereceği güven duygusu yeni geliştirilecek olan bir ölçeğe duyulacak güvenden daha fazla olacaktır. Bir ölçeğin çok kültürlü sürümlerinden çıkarılan sonuçlar ölçeği kullanacak araştırmacılar içinde çoğunlukla doğru olacaktır (Deniz, 2007).

Ölçek uyarlanması uzun, çok dikkat gerektiren bir süreçtir. Ölçek uyarlama ile ilgili en önemli sorun, özgün ölçeğin hedef grubun ana dilinden farklı bir dilde ve farklı bir kültürde geliştirilmiş olmasıdır. Ölçeğin farklı bir dilden dolayısıyla farklı bir kültürden, farklı bir dile dolayısıyla farklı bir kültüre uyarlanıyor olması çevirinin olabildiğince aslına uygun olmasının yanında, dikkat edilmesi gereken önemli hususları da beraberinde getirir (Öztürk ve ark.,2015; Akbaş ve Korkmaz, 2007).

2.7.2. Psikolingustik Özelliklerin İncelenmesi

Uyarlama çalışmasına karar verildiğinde yapılacak olan ilk iş izin almaktır. İzin alınmadan çalışmaların sürdürülmesinin etik olmayacağı dikkate alınacak olursa, çalışmaya başlamadan önce izin alınması zorunluluğu açıkça ortaya çıkmaktadır (Deniz, 2007).

Çalışılacak olan kültürlerdeki ve dil gruplarındaki ölçülen özelliğe ait yapının varlığı ve eşitliği sağlanmalıdır. Araştırma yapılacak olan farklı kültürlerde aynı yapının varlığı araştırılmalıdır; eğer aynı yapı yoksa yapılacak düzeltmelerle incelenen her kültürde ortak bir yapı sağlanmalıdır. Bu mümkün değilse çalışma durdurulmalıdır (Hambleton, 2005).

Ölçeğin dil uyarlamasında kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için çeviri yöntemi kullanılmaktadır. Çevirinin başarısı büyük ölçüde çevirmenlerin bilgi ve deneyimine bağlıdır. Çevirmenlerin seçiminde her iki dili/kültürü iyi bilmesinin yanı sıra olabildiğince ölçek yapılarında uzman, ölçeğin nasıl kullanılacağını bilen ve araştırma raporunun metodolojik bölümünü yorumlayabilecek özelliklere sahip olması koşulu aranmalıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002; Deniz, 2007). Bazı araştırmacılar çevirmenleri bir panel veya komite şeklinde toplayarak ayrı ayrı yapılan çeviriye göre daha iyi sonuç almaktadırlar. Bu şekilde yapılan çeviriler ayrı ayrı yapılan çevirilerden daha doğru olmaktadır (Deniz, 2007).

Ölçeğin çevirisinde formda hiçbir değişiklik yapılmadan olduğu gibi aynen çeviri yapmak dilde eşdeğerlik, aynı anlamı aynı kültüre uygun farklı sözcük ve tümcelerle anlatmak ve özgün formda bazı değişiklikler yapmak kavramsal eşdeğerlik olarak

tanımlanmaktadır (Aksayan ve Gözüm, 2002). Dilde eşdeğerlik ve kavramda eşdeğerliği sağlamak için çeviri, geri çeviri, uzman görüşü teknikleri kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2002; Aksayan ve ark., 2003).

Özgün ölçeğin dil eşdeğerliğini sağlamak için, özgün dilden her iki dili iyi bilen ve alanında uzman olan akademisyenler tarafından ayrı ayrı hedef dile çevrili yapılır. Daha sonra alanında her iki dili iyi bilen başka bir akademisyen tarafından bu çeviri formlar arasında en uygun olan hedef dil formu seçilir. Oluşturulan formun bir dil bilimci tarafından özgün dile geri çevrili yapılır ve ölçeğin yazarına gönderilir. Hedef dilden çevrilen formun başka bir dil bilimci tarafından geri çevrili yapılır. Özgün ölçeğin hedef dil çeviri formu ile çeviri özgün form iki akademisyen tarafından karşılaştırılır. Ölçek oluşturulur (Çüm ve Koç, 2013; Aksayan ve Gözüm, 2002).

Son aşamada formun dilinin anlaşılabilirliği ve görünüm geçerliği adına uygulayıcılara bir ön açıklama ile tanıtılarak (Ölçeğin adı, maddelerin türü, maddelerin ifade şekli, ölçeğin fiziksel görünümü, test maddelerinin dilinin anlaşılabilirliği, ölçeğin uygulamada gerekliliği ve uygulama alanında, kullanılabilirliği konusunda) görüş istenir. Ölçeğin zorlanılan, anlaşılmayan maddelerin karşılaştırılması ve uzmanların görüşleri ile son şekli verilir. Ölçeğin uyarlanmış hali gözden geçirilmeli ve gerekiyorsa değişiklikler yapılmalıdır. Çeviriyi yapan çevirmenler ölçekte yapılması gereken değişiklikler varsa onları yapmalıdırlar (Deniz, 2007).

2.7.3. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması için “güvenirlilik” ve “geçerlik” olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması istenir (Ercan ve Kan 2004). Psikometrik nitelikleri sınanmış olsa da, eğer ölçeğin güvenirliği ve geçerliği düşük düzeyde ise kullanılması sakıncalıdır. Ölçme hatasını en aza indirebilmek için ölçek güvenirliğinin yüksek olmasının yanı sıra, ölçülmek istenilen tutumun/davranışın doğru ölçüldüğünden emin olmak için ölçek geçerliğinin saptanmış olması gerekir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.8. Güvenirlik

Güvenirlik her ölçme aracının taşıması gereken temel özelliktir. Güvenirlik; ölçek sonuçlarının kavramsal yapıya ilişkin olguyu doğru bir şekilde ortaya çıkarması ve ölçme

aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde duyarlı, tutarlı ve kararlı ölçme sonuçlarının elde edilmesidir (Çakmur, 2012). Güvenilirlik; aracın verilerinin doğru topladığını ve yinelenabilir olduğunu gösterir (Erefe, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003; Ercan ve Kan, 2004). Ölçek her defasında aynı koşullarda uygulandığında elde edilen puanlar önemli düzeyde farklılık gösteriyorsa, ölçeğin güvenilirlik derecesinin düşük olduğu anlaşılır (Aksayan ve Gözüm, 2003).

Güvenilirlik, değişik istatistiksel yöntemlerle hesaplanmış bir korelasyon katsayısı (Correlation coefficient) (r) ile belirlenir. Korelasyon katsayısı -1'den +1'e kadar değişen değerler alabilir. Korelasyon katsayısı, paralel iki ölçüm arasındaki ilişkinin yönü ve gücü hakkında bilgi verir. Hesaplanan korelasyon katsayısının +1 olması, iki ölçüm arasında mükemmel doğrusal pozitif ilişki, -1 ise iki ölçüm arasında mükemmel doğrusal negatif bir ilişki olduğunu gösterir. Korelasyon katsayısının 0'a eşit olması ise bir ilişki olmadığını gösterir. İlişkinin yönü ilişkinin gücünü etkilemez. İlişkinin gücü 0.00' ila 1.00 arasında (0.00-0.25 = çok zayıf, 0.26-0.49 = zayıf, 0.50-0.69 = orta, 0.70-0.89 = yüksek, 0.90-1.00= çok yüksek) değerler alır. Bir ölçeğin güvenilirlik katsayısı $r = 0.70$ 'den düşük olan ölçeklerin kullanılması önerilmemektedir (Akgül, 2005; Erefe, 2004).

Temelde güvenilirlik hesaplaması, bir ölçeğin kendi kendisiyle (içindeki maddelerin birbiriyle) olan ilişkisidir. Bu ilişkiyi sınamada kullanılan korelasyon formülleri; Pearson Momentler çarpımı, Spearman-Brown ve Kuder Richardson 20 ya da Cronbach alfa (alfa katsayısı) ve çift seri (bi-serial) teknikleriyle belirlenmiştir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

Tablo 1: Ölçek Güvenilirlik Belirleme Yöntemleri

Güvenilirliğin Belirlenmesi	
Zamana Göre Değişmezlik (Stability)	a. Test Tekrar Test (Test-ReTest): Aralıklı Yöntem ya da Aralıksız Yöntem b. Paralel Form Güvenilirliği
Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum (Inter-rater and Inter-rate consistency)	a. Gözlemciler Arası Uyum b. Gözlemciler İçi Uyum
İç Tutarlılık (Internal consistency) / Tutarlılık (Homogeneity)	a. Test Yarılama Yöntemi b. Madde Analizi/Madde Toplam Puan Korelasyonu c. Güvenilirlik Katsayısı Hesaplama

2.8.1.Zamana Göre Değişmezlik (Stability)

2.8.1.1.Test-Tekrar Test (Test-Retest) Güvenilirliği

Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Bu yöntem, ölçülen niteliğin değişmez olduğu durumlarda uygulanır. Tutumlar, davranışlar, duygular, bilgiler, fiziksel durum gibi özellikler zaman içerisinde değişiklik gösterebilir. Ölçeğin özellikleri sürekli değişkenlik gösteriyorsa test-tekrar test güvenilirliği kullanılmaz. Test-tekrar test güvenilirliği genel bilişsel yetenekler ve kişilik gibi zaman içinde çok hızlı değişiklik göstermeyen nitelikleri ölçen testler için daha uygundur (Erefe, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003).

Test-tekrar test yönteminde aralıksız ve aralıklı olmak üzere iki farklı yol izlenir. Aralıksız yöntemde ölçek bir gruba aralıksız ya da kısa bir dinlenmeden hemen sonra uygulanır. Aralıklı yöntemde ise zaman aralığı önemlidir. Ölçeğin ölçtüğü özelliğe göre önerilen süreler genellikle iki-üç ile dört-altı hafta arasında değişmektedir (Aksayan ve Gözüm, 2003). Ölçme aracı aynı denek grubuna aynı koşullarda, önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmalıdır (Ercan ve Kaan, 2004). Ölçeğin uygulama aralığı kısa olduğu zaman bilgiler hatırlanabileceği ve ikinci uygulamada bu bilgiler kullanılacağı için güvenilirlik katsayısı beklenenden yüksek çıkacaktır. Uygulama aralığı uzun tutulduğunda ise zaman içerisinde ölçülen özellikler değişikliğe uğrayabileceğinden beklenenden düşük güvenilirlik elde edilebilir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.8.1.2. Paralel Form Güvenilirliği

Paralel form yönteminde aynı davranış kalıplarını temsil edebilecek farklı maddelerden oluşturulmuş iki eşdeğer form kullanılmaktadır. İki formun eşdeğer olabilmesi için formların kapsamlarının, yapısının, zorluk derecesinin, talimatların, puanlamanın, madde sayısının ve yorumlamanın aynı olması gerekir. Bu formlar aynı gruba bir ya da iki oturumda uygulanır. Formlar arasındaki korelasyon Pearson Momentler çarpımı formülüyle hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır. Hesaplanan korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Bu güvenilirlik katsayısı anı zamanda ölçeğin eşzaman (concurrent) geçerliğine yönelik veri sağlar (Aksayan ve Gözüm, 2003; Ercan ve Kaan, 2004).

2.8.2. Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum

2.8.2.1. Gözlemciler Arası Uyum

Bağımsız ölçümler arasında eşitlik arandığı durumlarda uygulanan bir güvenilirlik yöntemidir. Özellikle verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı çalışmalarda kullanılır. Birden çok gözlemci, önceden eğitilerek ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalışırlar. Gözlem sonuçları birbirine ne kadar yakın ise, güvenilirlik değeri o kadar yüksek olur. Tutarlılık yüzdesinin, şansa bağlı tutarlılığının yüksek olması nedeniyle yüksek çıkabileceği dikkate alınmalıdır. Bu durumlarda yalnızca şansa bağlı olmayan beklenen uyumu gösteren *Cohen Kappa* istatistigi kullanılır. Bağımsız gözlemciler arası uyumu hesaplamak için korelasyon, t-testi ya da ikiden fazla gözlemcinin olduğu durumlarda özel varyans çözümlemeleri ve Cronbach alfa kullanılır (Erefe, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003; Ercan ve Kaan, 2004).

2.8.2.2. Gözlemciler İçi Uyum

Aynı gözlemci tarafından iki ya da daha fazla gözlemin yapılarak puanlanması söz konusudur. İki ya da daha fazla ölçümün kendi içlerindeki uyumu göstermek için Cronbach alfa ve şansa bağlı tutarlılığın etkisini azaltmak için ise Cohen Kappa istatistigi kullanılabilir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.8.3. İç Tutarlılık

İç tutarlılık her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütünü oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır. İç tutarlılığa bu nedenle aracın benzeşikliği (homojenlik) de denmektedir (Erefe, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003).

İç tutarlılık güvenilirliğini sınamada kullanılan çözümleme yöntemleri başlıca dört yöntemdir:

-Test yarılama yöntemi

-Madde analizi/Madde toplam puan korelasyonu

-Güvenilirlik Katsayısı Hesaplama(Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.8.3.1. Test Yarılama Yöntemi

İç tutarlılığı ölçmede sıklıkla kullanılan en eski yöntemdir. Bu yöntem motivasyon, yorgunluk ya da zaman içerisinde performansı etkileyebilecek diğer psikolojik etkenlerin olduğu konularda ve özellikle de uzun testlerde kullanılır. Bölünmüş ölçek (split-half) yönteminde, ölçek ya da sınav (test) maddeleri iki eşit parçaya bölünerek ölçüm sonuçları arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu yarıya bölme işlemi birkaç şekilde yapılabilir. Bunlardan biri ölçek maddelerini ilk yarı-ikinci yarı olarak ikiye bölmektir. Sık kullanılan diğer bölme yöntemi ise aracı tek sayılı ve çift sayılı olarak ikiye bölmektir. Testin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısını elde etmek için *Spearman-Brown* tarafından geliştirilen bir eşitlikten (düzeltme formülü) yararlanılmaktadır (Ereife, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.8.3.2. Madde Analizi/Madde Toplam Puan Korelasyonu

Madde analizi, ölçme aracındaki her maddenin aldığı değerle, ölçme aracının tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder. Madde analizi sürecinde en sık kullanılan yöntem madde-toplam puan korelasyonlarının hesaplanmasıdır. Madde puanları dizisi sürekli bir puan olarak kabul edildiğinden madde puanları ile ölçek puanları arasındaki korelasyon, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ya da Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı düzeltilmiş formülü ile hesaplanmaktadır. Eğer yanıtlar kategorik iki değişkenli ise hesaplamada çift-seri (bi-serial) ya da seçenekler derecelendirilmeli (kesintisiz ve eşit aralıklı) ise nokta çift seri (point biserial) teknikleri uygulanır. Maddeler arası ilişki ne kadar yüksekse, ölçeğin o ölçüde tek boyutluluğunu, yani maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü ve toplanabilirliğini gösterir. Eğer bir maddenin toplam puanla olan korelasyonu düşükse, bu o maddenin ölçüm aracındaki maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğü ve ölçme aracında güvenilirliği azaltan etkisi olduğu için ölçekten çıkarılmalıdır (Çatal E. , 2007; Aksayan ve Gözüm, 2003).

Madde-toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda literatürde belirli bir standart olmamakla birlikte, bu katsayı 0.30-0.40 arasında olan maddeler “iyi”, 0.40’ın üzerinde olan maddeler “çok iyi” düzeyde ayırtedici ve dolayısıyla güvenilir olduğu kabul edilir. Madde-toplam korelasyon katsayısı 0.20 değerinin altında olan maddeler güvenilirliği düşürücü bir etki yaptığından ölçekten çıkarılmalıdır (Çatal, 2008; Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.8.3.3. Güvenilirlik Katsayısı Hesaplama

Homojen bir yapıyı ölçtüğü varsayılan ve benzer maddelerden oluşan ölçme araçlarının bir tek uygulama ile güvenilirliğinin belirlenmesi, o ölçme aracının iç tutarlılığı hakkında bilgi verir. Bir tek uygulamayla güvenilirlik belirlemede çeşitli teknik ve formüller bulunmakla birlikte, en çok kullanılan Kuder Richardson 20 (KR-20) ve Cronbach Coefficient Alfa teknikleri' dir (Aksayan ve Gözüm, 2003). Madde puanları süreksiz ise (var yok, evet-hayır, doğru-yanlış veya 1-0 şeklinde) KR-20; sürekli ise (Likert tipi) Cronbach Alfa hesaplanması gerekir (Çatal, 2008; Aksayan ve Gözüm, 2003).

Kuder-Richardson Güvenilirlik Katsayıları

İç tutarlılığın güvenilirliğini belirlemek için en sık kullanılan yöntemlerden birisi de Kuder-Richardson güvenilirlik katsayılarıdır. Bu yöntem tüm maddelerin birbirleriyle ve ölçeğin tamamıyla iç tutarlılığını tahmin etme amacı üzerine kuruludur. Bu nedenle yöntem, ölçekteki tüm maddelerin aynı değişkeni ölçtüğü varsayımına dayanır (Ercan ve Kan, 2004).

Kuder Richardson 20 (KR-20); madde puanlamalarının var-yok, evet-hayır, doğru-yanlış veya 1-0 gibi süreksiz olduğu durumlarda kullanılır. Kuder Richardson 21 tekniği ise ölçekteki her sorunun güçlük derecesinin aynı olduğu varsayımında kullanılır, bu varsayım nadiren gerçekleştiğinden KR-21 çok fazla kullanılmaz (Çatal, 2008).

Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (Ercan ve Kan, 2004). Cronbach Alfa katsayısı likert tipi ölçeklerde kullanılır. Cronbach Alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin göstergesidir. Ölçeğinin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır.

Bir ölçekte Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı güvenilirlik durumları:

“ $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir” (Çatal, 2008; Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.9. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Ölçeğin geçerlik düzeyi onun geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve -1.00 ile $+1.00$ arasında değerler alır. İlişki katsayısı ne kadar yüksekse ölçek amaca o kadar yüksek hizmet ediyor demektir (Ercan ve Kan, 2004). Ölçeğin geçerli olabilmesinin ilk koşulu güvenilir olmasıdır. Geçerli bir test aynı zamanda güvenilirdir ama güvenilirliği yüksek bir test geçerli olmayabilir (Çakmur, 2012; Ercan ve Kan, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003).

Tablo 2: Ölçek Geçerlik Belirleme Yöntemleri

GEÇERLİK	
1.İçerik /Kapsam Geçerliği (Content Validity)	a. Yüzeysel Geçerlik Uzman Görüşü b. Uygulama Geçerliği/Ölçüt Bağımlı Geçerlik Eş Zamanlı Geçerlik Tahminsel Geçerlik /Yordama Geçerliği
2.Yapı Geçerliği (Construct Validity)	a. Faktör Analizi Açıklayıcı Faktör Analizi Doğrulayıcı Faktör Analizi b. Birleşen ve Ayırt Eden Geçerlik c. Bilinen Grupların Karşılaştırması d. Hipotez Test Edilmesi

2.9.1. İçerik /Kapsam Geçerliği (Content Validity)

İçerik /Kapsam geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğidir (Ercan ve Kan, 2004).

2.9.1.1. Yüzeysel Geçerlik

Uzman Görüşü

Yüzeysel geçerlikte tanımlanmış evren ile ölçme aracının bölümleri arasındaki ilişki değerlendirilir. Uzman görüşü alma, içerik geçerliğinde en sık kullanılan yöntemdir. Bu geçerlik sınamasında amaç, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman grubun incelemesi sonrası, anlamlı maddelerden oluşan bir bütün oluşturmaktır. Uzman grubu ölçeğin hazırlandığı bilim alanında ve ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilen kişilerden oluşmalıdır. Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (Çatal, 2008; Aksayan ve Gözüm, 2003).

Dilde eşdeğerliliği sağlanan ölçek, madde/ifadelerin ölçülmek istenilen özelliği temsil edici bir örneklem grubu oluşturup oluşturmadıklarını belirlemek için, hakem olarak kabul edilen, konuyla ilgili uzmanların görüşüne sunularak değerlendirmeleri istenir. Uzmanların, her madde için 1-4, 1-5 ya da 1-10 gibi belirlenen puanlar arası değerlendirme yapmasını sağlayacak bir form kullanılır (Erefe, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2002).

2.9.1.2.Uygulama Geçerliği / Ölçüt Bağımlı Geçerlik

Geçerliliği bir ölçüte göre belirleme yaklaşımıdır. Ölçek puanlarının dış bir ölçekle ilişkisi aranır. Ölçüte (kriter) bağlı geçerlik sınamadaki tek gereklilik, gerçekten karşılaştırmaya uygun ve geçerli bir ölçütün var olmasıdır (Erefe, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003).

Eş Zamanlı Geçerlik

Bu yöntemde aynı zamanda aynı gruba daha önceden geçerliliği yüksek olduğu bilinen ve aynı kavramı ölçen başka bir ölçme aracı ile uyarlanmak istenen ölçek uygulanır. Her iki ölçeğin puanları arasındaki korelasyon hesaplanır ve bu korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir (Erefe, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003).

Tahminsel Geçerlik /Yordama Geçerliği

Bir ölçeğin, o ölçekten elde edilen kestirimsel puan ile ölçülmek istenen özellikleri ölçtüğü bilinen değişken arasındaki korelasyonun hesaplanmasıyla elde edilir (Çatal, 2008). İleriye dönük bir ölçüte göre bireylerin başarımlarını ya da davranışlarını ayırt edebilme yeterliliğini kanıtlar (Erefe, 2004). Bir anlamda, yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan özelliğin gerçek hayattaki yansımalarının karşılaştırılmasındaki uyumu gösteren geçerliktir. Ölçme aracından elde edilen puanlarla gelecekteki durumlarla ilgili bir ölçüte ilişkin değerler arasındaki korelasyon katsayısı belirlenir. Ölçüt alınan değişken sonuçları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuşsa, ölçme aracının yordama geçerliği olduğu kabul edilir (Çatal, 2008; Erefe, 2004).

2.9.2. Yapı Geçerliği (Construct Validity)

Yapı, birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Yapı geçerliği, ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir. Bir ölçeğin ve ondan elde edilen puanın gerçekte ne anlama geldiği araştırılır. Yapı geçerliğini belirleme süreci bir ölçüde, bilimsel kuram geliştirme süreciyle aynıdır. Yapı geçerliği, ölçek performansını ölçmede kullanılacak yapının tanımlanması, tanımlanmış yapının altında yatan teoriden ölçek performansı ile ilgili sınanabilir hipotezlerin çıkarılması ve çıkarılan hipotezleri sınamak için deneysel ve istatistiksel çalışmaların yapılması ve yorumlamalarda bulunma süreçlerini kapsar (Ercan ve Kan, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.9.2.1. Faktör Analizi

Faktör analizi (FA), birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek az sayıda kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistik olarak tanımlanabilir (Büyüköztürk, 2002). Faktör analizinin amacı değişken sayısını azaltmak ve değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmaktır. Faktör analizi, açıklayıcı (exploratory) veya doğrulayıcı/hipotez (confirmatory) olabilir. Araştırmacının belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinmeye çalıştığı inceleme türü “Açıklayıcı Faktör Analizi” olarak, eğer araştırmacı kuramı doğrultusunda geliştirdiği bir hipotezi (yapıyı) test etmek istiyorsa kullanılan analiz türü “Doğrulayıcı Faktör Analizi” olarak tanımlanmaktadır (Çatal, 2008; Aksayan ve Gözüm, 2003).

Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizinde önceden belirlenmiş kuramsal bir faktör yapısı öngörülmez. Açıklayıcı faktör analizinin uygulanabilmesi için ölçüm biçiminde likert tipi ölçek kullanılmış olması, verilerin doğrusallık koşullarını taşıması ve değişkenler arasında orta düzeyin üzerinde korelasyon olması gerekmektedir. Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterli düzeyde olması değişkenler arası korelasyon güvenilirliğinde oldukça önemlidir. Örneklem büyüklüğü azaldıkça daha az güvenilirlik oluşabilir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini saptamada Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Test sonucunda elde edilen değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0.50'nin altına düştüğünde uygunsuz olarak kabul edilmektedir. Bu testin uygulanmadığı durumlarda kural olarak örneklem büyüklüğü değişken sayısının 5-10 katı olarak alınmaktadır. Faktör elde etmede en sık kullanılan yöntem ana bileşenler analizidir (principal component analysis) . Bu yöntemle elde edilen faktörler arası korelasyona bakılır ve korelasyon olmaması beklenmektedir (Akgül, 2005; Çatal, 2008; Aksayan ve Gözüm, 2003).

Doğrulamalı Faktör Analizi

Ölçek uyarlamalarında daha çok, ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan bir hipotez sınındığı için, doğrulamalı faktör analizi kullanılır. Uyarlanan ölçeğin faktör yapısı orijinal ölçeğin faktör yapısı ile karşılaştırılır, benzerlik ve ayrılıklar gözlenir. Bir ölçeğin başka bir dile uyarlanması sonucu o ölçeğin faktör yapısının esasen çok fazla değişmemiş olması beklenir. Faktör analizi SPSS paket programında doğrudan yapılabileceği gibi, korelasyon analizi ile de ölçeğin faktör yapısı hakkında bir sonuca varılabilir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.9.2.2. Birleşen ve Ayırt Eden Geçerlik

Araştırmada ilgilenilen iki ya da fazla, farklı kavramın ölçümleri arasındaki korelasyon katsayısı düşük ise ayırtedici geçerlik her kavram için iki ya da fazla, farklı ölçüm yolundan elde edilen puanlar yüksek korelasyon gösterirse, birleşen geçerlik (convergent) doğrulanmış olur. Bu ölçümlerin her birinden alınan puanlar bir korelasyon matrisinde gösterilir (Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.9.2.3. Bilinen Grupların Karşılaştırması

Bu yöntemde yapının dayandığı kurama bağlı olarak, bir testten anlamlı olarak farklı puan alabilecek özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen gruplar belirlenir ve ölçme aracı her iki gruba uygulanır ve gruplar arası farka bakılarak sonuçlar değerlendirilir. Ölçüm sonucunda, özelliği bilinen grup ile bilinmeyen grup arasında fark olması beklenir (Erefe, 2004; Aksayan ve Gözüm, 2003).

2.9.2.4. Hipotez Test Edilmesi

Ölçeğin diğer ölçüm aracıyla ilişkisine bakılır. Bilinen grup karşılaştırmasına benzer bir yöntemdir. İlgili kaynaklar ya da gözlemler doğrultusunda, önceden aralarında ilişki olacağı varsayımı kurulan ilişkilerin yönüne ve düzeyine korelasyon analiziyle değerlendirerek test edilir. Bu geçerlik ölçütü, uyarlanan ölçeğin yapısal durumunun açıklanmasına önemli katkı sağlayan bir yöntemdir. Ölçekle ilgili yapılan her korelasyonel araştırma aynı zamanda mantıksal geçerliğine yönelik bulgular da sağlar (Aksayan ve Gözüm, 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yatan psikiyatri hastalarında şiddet riskini değerlendirme aracı “Brøset Violence Checklist (BVC)” in Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmış metodolojik bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmada literatür taranmasına Haziran 2012’de başlanmış olup Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde Şubat-Temmuz 2015 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları servisi yarı kapalı olup 27 yataklı, altı gündüz hastasına sağlık hizmeti vermektedir. Psikiyatri kliniğinde 10 öğretim görevlisi hekim, yedi asistan hekim, altı hemşire bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, altı yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erişkin Ruh Sağlığı Hastalıkları kliniğinde Şubat-Temmuz 2015 tarihlerinde yatan ve araştırmayı kabul eden 18 yaş üstü 126 hasta oluşturmaktadır. Literatürde, örneklem büyüklüğü için değişik kurallar yer almaktadır. Bunlardan biri 10 kuralı olup buna göre madde başına en az 10 katılımcı bulunmalıdır. Bir diğeri 100 kuralı olup madde başına 5 katılımcı olmalı veya en az 100 kişiye ulaşılmalıdır (Şencan, 2005). Bu araştırmada Erişkin psikiyatri kliniğinde yatan 126 hasta servise kabul edildiği gün ve sonrasındaki üç gün boyunca şiddet riski açısından değerlendirilmiştir.

3.4. Çalışma Materyali

Bu araştırmada sosyo-demografik veri toplama formu, Broset Violence Checklist (BVC) ve Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) kullanılmıştır. Veriler araştırmayı kabul eden hasta ya da hasta yakınına araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklandıktan ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldıktan sonra sosyo-demografik veri toplama formu yüz yüze görüşme yöntemiyle, BVC ve AAÖ ise gözlem yöntemiyle toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma BVCrisk değerlendirme aracının geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla metodolojik araştırma türüne uygun olarak yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri yoktur.

3.6. Veri toplama araçları

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Veri Formu

Sosyo-demografik özellikler veri formu,araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilmiştir (Bilgin ve Özcan , 2012; Turgut ve ark., 2006; Needman, 2004). Psikiyatri kliniğine yatan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal desteğin varlığı, geçmişte şiddet davranışı ile ilgili özellikler, alkol ve madde kötüye kullanımı, hastalık tanısı, komut ve paranoid varsanılarının varlığını ve yatış şeklini değerlendiren 15 maddeden oluşmaktadır (Ek-3).

3.6.2.Brøset Violence Cheklist (BVC)

BVC, akut psikiyatri kliniklerinde 24 saatlik süre içindeki şiddeti tahmin etmekte kullanılan bir araçtır. BVC Almvik ve ark.'ın (2000) makalesinde belirtilen Lınaker ve Busch-Iversen'in (1995) yaptığı amprik çalışmalardan geliştirilmiştir. Retrospektif olarak Lınaker ve Busch-Iversen'in Norveç'te bölgesel güvenlik birimi Broset'de yaptıkları beş yıllık çalışmadaki tüm hastaların dosyalarından şiddet olayı öncesinde hastalarda görülen belirtiler ve davranışlarla ilgili tıbbi kayıtları incelemişlerdir. Şiddet davranışı öncesi 24 saatlik dönemde hastalarda 56 farklı davranış olduğu ve bunlardan en sık gözlenen davranışların konfüzyon, irritabilite, taşkınlık, fiziksel tehditler ve nesnelere saldırı olduğu belirlenmiştir (Almvik ve ark. 2000). 24 saatlik süre içinde şiddeti tahmin etmek üzere üç hasta özelliği (irritabilite, konfüzyon, taşkınlık) ve üç hasta davranışının (nesnelere saldırı, fiziksel tehdit ve sözel tehdit) varlığı ya da yokluğu ile oluşan altı maddelik BVC'yi oluşturmuşlardır (Ek-6). Almvik ve arkadaşları çalışmalarında BVC'nin klinik geçerliliği ve güvenilirliğini belirlemek için özgüllük, duyarlılık ve uygulayıcılar arası güvenilirliğini değerlendirilmişlerdir. Güney Norveç'te psikiyatri kliniğinde iki aylık sürede 109 hasta (52 erkek ve 57 kadın) çalışmaya alınmıştır. Hastalar kliniğe kabul edildiğinde ve sonraki üç gün boyunca hemşirelerin her üç vardiyasında BVC kullanılarak değerlendirilmiştir.12 hastada 34 şiddet olayı bildirilmiştir (dört erkek, sekiz kadın). 33 şiddet olayı analiz edilmiştir (bir şiddet olayı raporu kayıp). Şiddet davranışı olan ve olmayan hastalar arasındaki puan dağılımı anlamlı ve şiddet

davranışı olmayan hastaların BVC puanlaması şiddet davranışı olanlardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. BVC uygulanması ile 2 ve üzeri puan alan hastalarda puanlama sonrası 24 saatlik sürede meydana gelen şiddet davranışını öngörmede BVC'nin duyarlılığı 0.63 ve özgüllüğü 0.92 olmuştur. Aracın ROC analizi ile AUC eğrisi altında kalan alan %80 den daha fazla olduğu için iyi bir tahmin kapasitesi olduğu belirtilmiştir. Genel sonuçlar “2” ve üzeri puanın sonraki 24 saat içindeki şiddet davranışını tahmin ettiğini belirtmektedir. BVC'nin uygulayıcılar arası güvenilirliği iki bağımsız görüşmeci tarafından yapılarak değerlendirilmiştir (n: 39). BVC' nin altı maddesi için Kappa değerleri: konfüzyon altboyutu için $k=0.91$; iritabilite alt boyutu için $k=0.68$; taşkınlık altboyutu için $k=0.61$; sözel tehdit alt boyutu için $k=0.48$; fiziksel tehdit alt boyutu için $k=0.66$ ve objelere saldırı alt boyutu için $k=1.00$. Toplam BVC puanı için Kappa değeri $k=0.44$ bulunmuştur (Almvik ve ark., 2000).

BVC yatan tüm hastalara kliniğe kabul edildiği gün ve takip eden sonraki üç gün boyunca uygulanmaktadır. BVC uygulanması hemşire tarafından kendi gözlemlerine dayalı olarak hastaların davranışları değerlendirilerek doldurulmaktadır. BVC'nin orijinalinde klinikte üç vardiya olduğu için (sabah-öğle-gece vardiyası olmak üzere) günde üç kez değerlendirme yapılmıştır. BVC'nin altı maddesinin herbirinin varlığı için “1”, yokluğu için “0” puan verilmektedir. İyi bilinen hastalarda tarif edilen davranışlarda artış var ise, sadece davranış puanlamasında “1” artış olur, alışılmış ya da değişmeyen davranış şiddet dışı kabul edilerek “0” puanlanır. Örneğin iyi bildiğiniz bir hastanın konfüze olması daha öncedende böyleyse puanlaması “0” olacaktır (uzun süredir böyle olduğu için). Eğer konfüzyonda bir artış gözlenirse “1” puan verilecektir. Daha sonra toplam puan hesaplanır. Puanların yorumlanması; “0” şiddet riskinin düşük olduğunu “1 ve 2” puan şiddet riskinin orta derecede olduğunu ve önleyici tedbirler alınması gerektiğini “2 ve üstü puan şiddet riskinin yüksek olduğunu, önlemlerin alınması gerektiğini ve olası bir saldırıya karşı eylem planlarının etkinleştirilmesi gerektiğini göstermektedir (Woods ve Almvik, 2002).

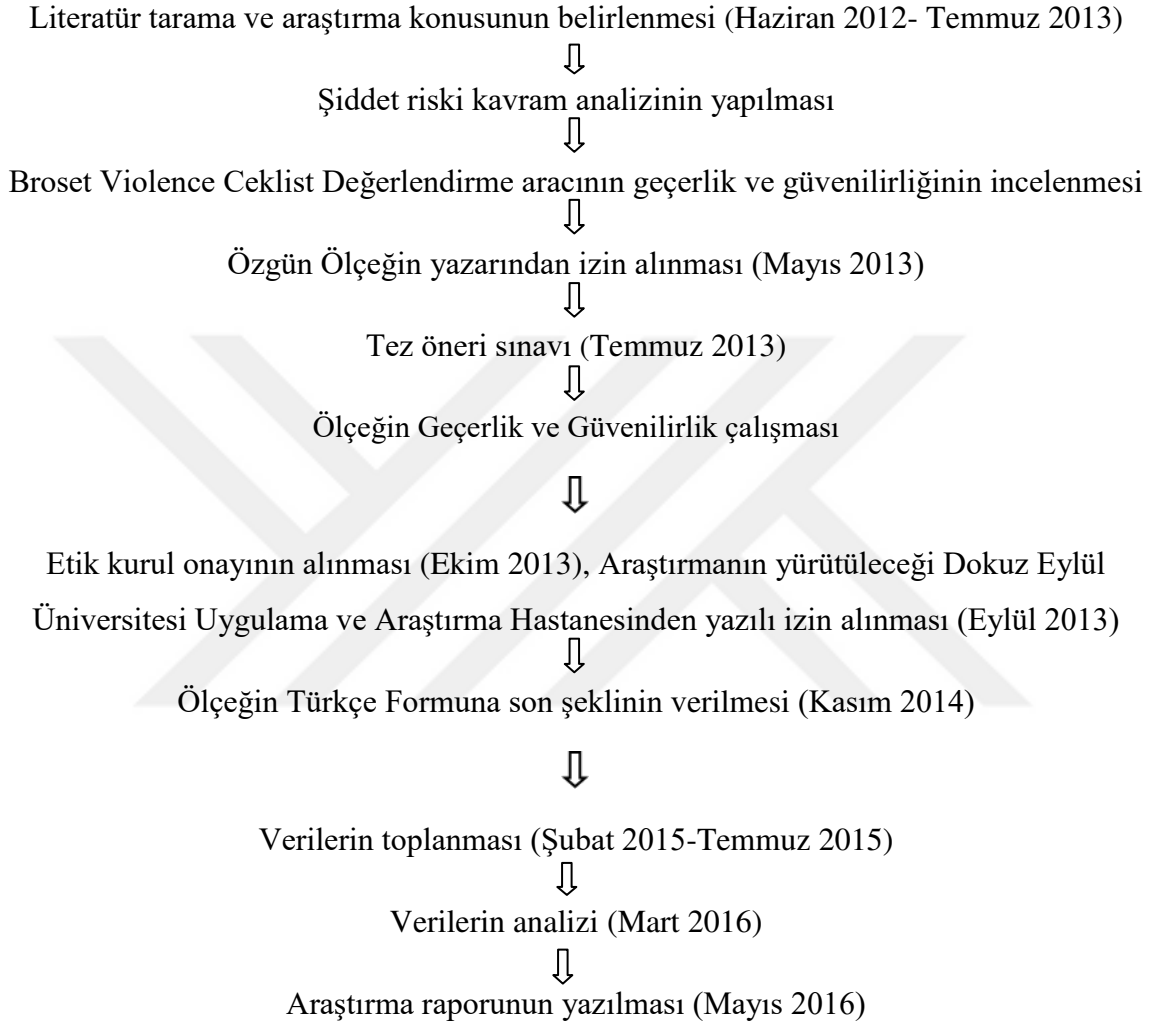
3.6.3. Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ)

BVC'nin kullanıldığı birçok çalışmada şiddet olaylarını tanımlamak ciddiyetini, şiddetini objektif olarak değerlendirmek ve kayıt etmek için Staff Observation Aggression Scale (SOAS) kullanılmıştır (Almvik ve Woods, 2003; Abderhalden ve ark, 2004; Needham ve ark., 2004). Türkiye’de SOAS’ın geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmadığı için bu çalışmada şiddeti tanımlamaya yönelik Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan Açık Agresyon Ölçeği kullanılmıştır (Ek-7).

Açık Agresyon ölçeği Yudofsky ve arkadaşları (1986) tarafından psikiyatri kurumlarında agresyonu değerlendirmek için geliştirilmiştir. Açık Agresyon Ölçeğinin (AAÖ) Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kutlu tarafından (2003) doktora tezi olarak yapılmıştır. AAÖ, hasta ailesinin ve çalışan sağlık elemanlarının gözlemlerini kullanan, kayıt edilmesi tahmini beş dakika süren ve uygulanması kolay bir ölçek olarak tanıtılmaktadır. Ölçek agresyonun çeşidini, şiddetini, süresini, zamanını, sağlık elemanlarının girişimlerini ve yorumlarını içermektedir. AAÖ agresif davranış ve girişimler olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. AAÖ’da agresif davranış bölümü; sözel agresyon, objelere karşı agresyon, kendine ve diğer kişilere karşı agresyon olmak üzere dört kategoriden oluşmaktadır. AAÖ’da girişimler bölümü ise agresyon düzeyine paralel olarak hafif ve ciddi girişimlere kadar giden on bir alt maddeyi içermektedir. Total Agresyon Skoru; en kısıtlayıcı ya da ciddi girişim için belirlenen ağırlık puanına her bir kategori içindeki en ciddi davranışlar (sözel agresyon, fiziksel agresyon-eşyalara, kendisine ve başkalarına karşı) için belirlenen ağırlık puanı eklenerek elde edilir. Sözel agresyon 1’ den 4’ e, eşyalara karşı fiziksel agresyon 2’den 5’e ve kendisine ve başkalarına karşı fiziksel agresyon 3’den 6’ya kadar sayısal ağırlığı puanlanır. Girişimlerin sayısal ağırlığı da 1’den 5’e kadar puanlanır (Ek- 7). Açık agresyon ölçeğinin geçerlilik çalışmasında bağımsız uygulayıcılar arasındaki uyumun güvenilir olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Ölçeğin her bir maddesinin kendi alt boyutu içinde iç tutarlılığının olduğu ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısının da her iki uygulayıcıda 0.76 olduğu belirlenmiştir. Çeviri ölçeğin davranış bölümü ile girişim puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$) (Kutlu, 2003).

3.7. Araştırma Planı

Bu araştırmada Broset Violence Ceklist değerlendirme aracının psikolinguistik ve psikometrik özelliklerinin incelenmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler, araştırma sürecinin adımları Şekil 1’de gösterilmektedir.



Şekil 1:Araştırma Planı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında sosyal bilimlerde istatistiksel paket programı SPSS 15.0 versiyonu kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde hastalara ilişkin tanıtıcı sosyo-demografik bilgiler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. BVC’nin geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesinde Tablo 3’de verilen istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Tablo 3. Brøset Violence Checklist (BVC)'nin Geçerlik ve Güvenilirliğinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi	İstatistiksel Yöntemler
GEÇERLİK	
Dil Geçerliği	İngilizce'den Türkçe'ye çeviri Türkçe'den İngilizceye geri çeviri
İçerik/Kapsam Geçerliği	Uzman görüşlerinin alınması ve uzman puanlarının tutarlığı için Kendall İyi Uyuşum Katsayısının hesaplanması Ölçeğin ölçtüğünü iddia ettiği teorik yapıyı ne derecede ölçebildiğini değerlendirmek için şiddet risk toplam puanlamasına göre 24 saat içinde şiddet davranışının oluşup oluşmadığı ölçülerek ölçeğin özgüllük ve duyarlılığının hesaplanması, ROC analizi
Yapı Geçerliği	Bilinen grupların karşılaştırılması BVC toplam puanlamalarının anlamlı olarak farklı elde edileceği grupların (şiddet davranışı olan ve şiddet davranışı olmayan grupların) karşılaştırılması, Mann- Whitney U analizi ve Ki-kare analizi
Tanımlayıcı İstatistikler	Ortalama, Standart Sapma (SS)
GÜVENİLİRLİK	
Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum	Cohen Kappa istatistigi
İç Tutarlılık	BVC toplam puanı ile şiddet davranış puanları arasındaki ilişkinin kuvvetliliği ve pozitifliği BVC maddelerinin geçerli olup olmadığını değerlendirmede Kuder-Richardson (KR) 21 güvenilirlik katsayısı

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı bulunmamaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmada kullanılan BVC risk değerlendirme aracının yazarı Roger Almvik'ten mail yolu ile izin alınmıştır (Ek-8). Araştırmanın yürütüleceği, Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinden yazılı izin alınmıştır (Ek-9). Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmaları Değerlendirme Etik Kurul Komisyonundan izin alınmıştır (Ek-10). Araştırma rneklemine alınan ve kabul eden hastalara araştırmanın amacı açıklandıktan sonra, Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1) ile yazılı onam alınmıştır. Gerçeği değerlendirme yetisi yerinde olmayan hastaların birinci derece yakınından araştırmanın amacı açıklandıktan sonra, Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-2) ile yazılı onam alınmıştır.

4-BULGULAR

4.1. Tanıtıcı Özellikler

Bu bölümde; örnekleme alınan hastaların Sosyo-demografik bilgileri yer almaktadır.

4.1. Tanıtıcı Özellikler

Araştırma örnekleminde yer alan hastaların Sosyo-demografik bilgilerine göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=126)

		Min – Max	/	$\bar{X} \pm SS$
Yaş		1.00-6.00		3.83±1.55
		Sayı (n)		Yüzde (%)
Cinsiyet				
	Kadın	63		50.0
	Erkek	63		50.0
Medeni hali				
	Evli	61		48.4
	Bekar	39		31.0
	Dul	26		20.6
Eğitim durumu				
	Okur-yazar değil	7		5.6
	İlkokul	30		23.8
	Ortaokul	19		15.0
	Lise	35		27.8
	Üniversite	35		27.8
Çalışma durumu				
	Çalışıyor	40		31.7
	Çalışmıyor	86		68.3
Sosyal desteğin varlığı				
	Var	118		93.6
	Yok	6		4.8
	Yetersiz	2		1.6
Geçmişte şiddet davranışının varlığı				
	Var	78		61.9
	Yok	47		37.3
	Bilinmiyor	1		0,8
Alkol kötüye kullanımı				
	Var	19		15.1
	Yok	107		84.9
Madde kötüye kullanımı				
	Var	7		5.6

	Yok	119	94.4
Komut varsanıları			
	Var	31	24.6
	Yok	95	75.4
Paranoid sanrıları			
	Var	55	43.7
	Yok	71	56.3
Yatış şekli			
	İstemli	110	87.3
	İstemsiz	16	12.7
Hastalık tanısı			
	Depresyon	46	36.5
	Bipolar bozukluk	39	30.9
	Şizofreni	20	15.8
	Şizoaffektif	7	5.6
	Kişilik bozuklukları	6	4.8
	OKB	2	1.6
	Demans	4	3.2
	Alkol ya da Madde bağımlılığı	2	1.6

Araştırma örnekleminde yer alan hastaların sosyo-demografik bilgileri incelendiğinde araştırmaya alınan (n=126) hastalardan kadın ve erkek hastaların sayılarının eşit olduğu görülmektedir (%50). Hastaların medeni durumu incelendiğinde % 48.4'ü evli, % 31'i bekar, % 20.6'sı duludur. Hastaların % 31.7'si çalışırken % 68.3'ü çalışmamaktadır. Hastaların % 93.6' sının sosyal desteği bulunmaktadır. Hastaların % 61.9' unun geçmişte şiddet davranışı olup %15.1'inde alkol kötüye kullanımı, % 5.6 sında madde kötüye kullanım öyküsü bulunmaktadır. Hastaların % 24.6' sında komut varsanılar, % 43.7'sinde paranoid sanrılar vardır. Hastaların %87.3' nün kendi isteğiyle yatışı olurken % 12.7'sinin istemsiz yatışı olmuştur. Hastaların tanıları depresyon (%36.5) , bipolar bozukluk (% 30.9), şizofreni (% 15.8), şizoaffektif bozukluk (%5.6), kişilik bozuklukları (%4.8), alkol ya da madde bağımlılığı (%1.6) ve demansdır (%3.2).

4.2. Brøset Violence Checklist (BVC) Risk Değerlendirme Aracının Geçerlik ve Güvenilirlik Analizleri

Bu bölümde BVC risk değerlendirme aracının geçerlik ve güvenilirliğini sınamak amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır.

4.2.1. BVC Risk Değerlendirme Aracının Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi

Bu bölümde BVC risk değerlendirme aracının geçerliği; dil ve içerik geçerliği ile sınanmıştır.

4.2.1.1. BVC Risk Değerlendirme Aracının Dil Geçerliğinin İncelenmesi

BVC risk değerlendirme aracının geçerlik sınamasında ilk aşamada dil geçerliliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Dil geçerliliği aşamasında çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Özgün ölçeğin İngilizce formu dil eşdeğerliğini sağlamak için, her iki dili iyi bilen ve alanında uzman olan üç akademisyen tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Daha sonra alanında her iki dili iyi bilen başka bir akademisyen tarafından bu çeviri formlar arasında en uygun olan Türkçe form seçilmiştir. Oluşturulan Türkçe formun bir dil bilimci tarafından İngilizce 'ye çevirisi yapılarak ölçeğin yazarına gönderilmiştir. Türkçe 'den çevrilen İngilizce formun başka bir dil bilimci tarafından Türkçe'ye geri çevirisi yapılmıştır. Özgün ölçeğin Türkçe çeviri formu ile çeviri İngilizce formun Türkçe formu karşılaştırılmıştır. Türkçe form dilinin anlaşılabilirliği ve görünüm geçerliği adına psikiyatri klininde çalışan hemşirelere şiddet davranışı ve tanılanması, BVC risk değerlendirme aracının kullanımı ile ilgili eğitim yapılmıştır. BVC risk değerlendirme aracının maddelerinin ifade şekli, görünümü, dilinin anlaşılabilirliği, uygulamada kullanımının gerekliliği ve uygulamada kullanılabilirliği konusunda görüşleri istenmiştir. Ölçeğin zorlanılan, anlaşılmayan maddeleri tekrar incelenerek son şekli verilmiştir.

4.2.1.2. BVC Risk Değerlendirme Aracının İçerik/Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi

BVC risk değerlendirme aracının İçerik/Kapsam geçerliği çalışmalarında Yüzey/Görünüm Geçerliği Kendall İyi Uyuşum Katsayısıyla, Yordama geçerliliği ROC analizi ile sınanmıştır.

Görünüm Geçerliliği

Dil geçerliği sağlanan ölçeğin içerik geçerliğinde sağlamak amacıyla; psikiyatri hemşireliği alanında altıöğretim üyesi, psikiyatri kliniğinde çalışan dört uzman doktor ve bir psikolog olmak üzere onbir kişinin görüşleri alınmıştır. Uzmanlar tarafından ölçekte yer alan

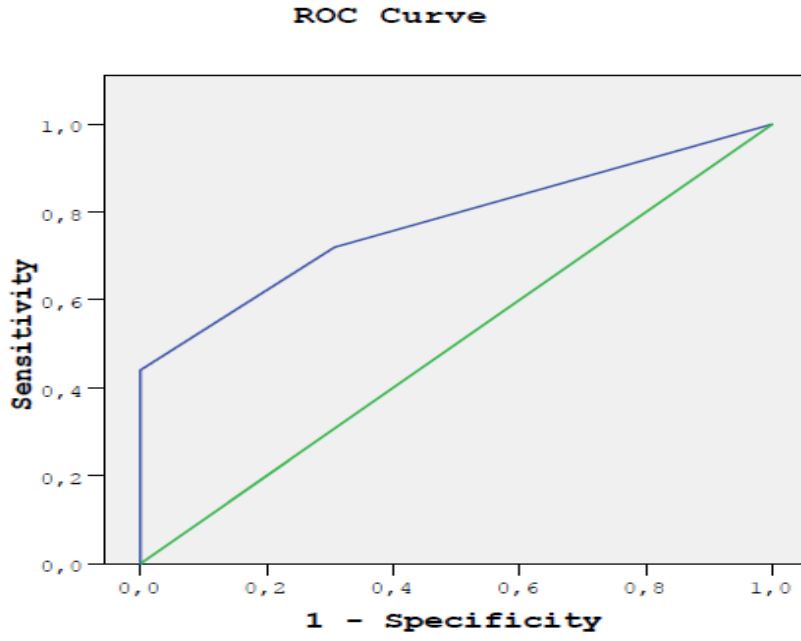
her madde; 1(çok uygun), 2(uygun), 3(az değişiklik gerekiyor) ve 4 (çok değişiklik gerekiyor) şeklinde puanlandırılmıştır. Uzmanlar arasındaki tutarlılık Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ile hesaplanmıştır. Uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanlar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Kendall's $W=0.166$, $n=11$, $p=0.105$, $df= 5$, Ki kare= 9.106).

Yordama Geçerliliği

Tablo 5:Bröset Violence Checklist (BVC) Risk Değerlendirme Aracının ROC Analiz Sonuçları

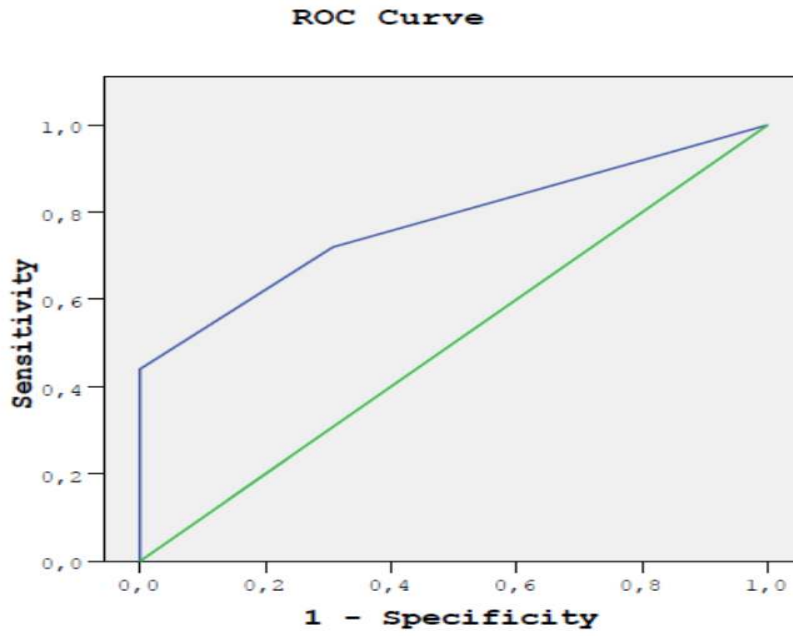
	ALAN	Kesim Noktası	Duyarlılık	Özgüllük	P	EAA (%95 GÜVEN ARALIĞI)
Kabul Edildiği Gün (08-16)	.773	0.5	0.280	0.604	.001	0.773 (.645- .901)
		1.5	0.440	1.000		
		2.5	0.800	1.000		
		3.5	0.840	1.000		
		5.0	0.960	1.000		
		7.0	1.000	1.000		
Kabul Edildiği Gün (16-08)	.774	0.5	0.280	0.693	.001	0.774 (.653- .895)
		1.5	0.560	1.000		
		2.5	0.800	1.000		
		3.5	0.880	1.000		
		5.0	0.920	1.000		
		7.0	1.000	1.000		
Birinci Gün (08-16)	0.771	0.5	0.320	0.713	.001	0.771 (.645-.897)
		1,5	0.480	1.000		
		2.5	0.840	1.000		
		3.5	0.920	1.000		
		5.0	0.960	1.000		
		7.0	1.000	1.000		
Birinci Gün (16-08)	.721	0.5	0.460	0.752	.001	0.721 (.597-.844)
		1.5	0.800	1.000		
		2.5	0.960	1.000		
		4.0	1.000	1.000		
İkinci Gün (08-16)	.752	0.5	0.320	0.743	.001	0.752 (.631-.874)
		1.5	0.680	1.000		
		2.5	0.920	1.000		
		4.0	1.000	1.000		
İkinci Gün (16-08)	.717	0.5	0.440	0.832	.001	0.717 (.588-.846)
		1.5	0.720	0.990		
		2.5	0.920	1.000		
		4.0	1.000	1.000		
Üçüncü Gün (08-16)	.796	0.5	0.280	0.812	.001	0.796 (.682-.910)
		1.5	0.680	1.000		
		3.0	0.960	1.000		
		5.0	1.000	1.000		
Üçüncü Gün (16-08)	.751	0.5	0.400	0.871	.001	0.751 (.627-.875)
		1.5	0.760	1.000		
		3.0	1.000	1.000		

EAA: Eğri Altında Kalan Alan



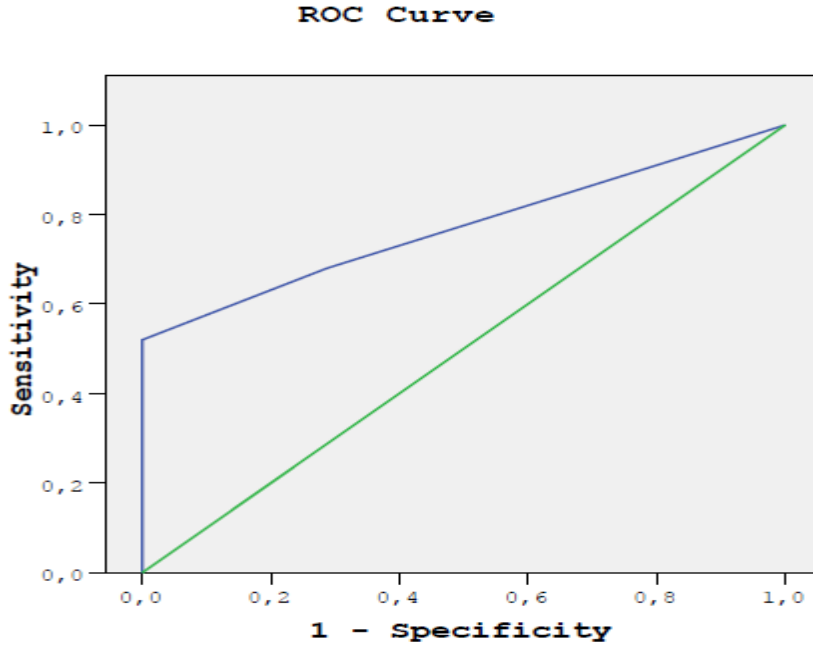
Diagonal segments are produced by ties.

Şekil 2: ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Hastanın Kabul Edildiği Gün 08-16)

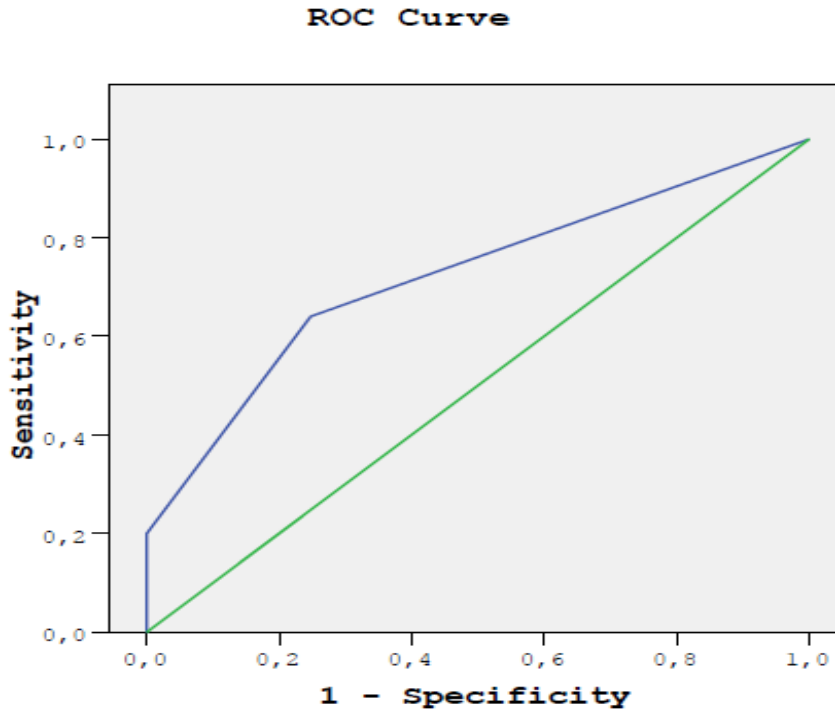


Diagonal segments are produced by ties.

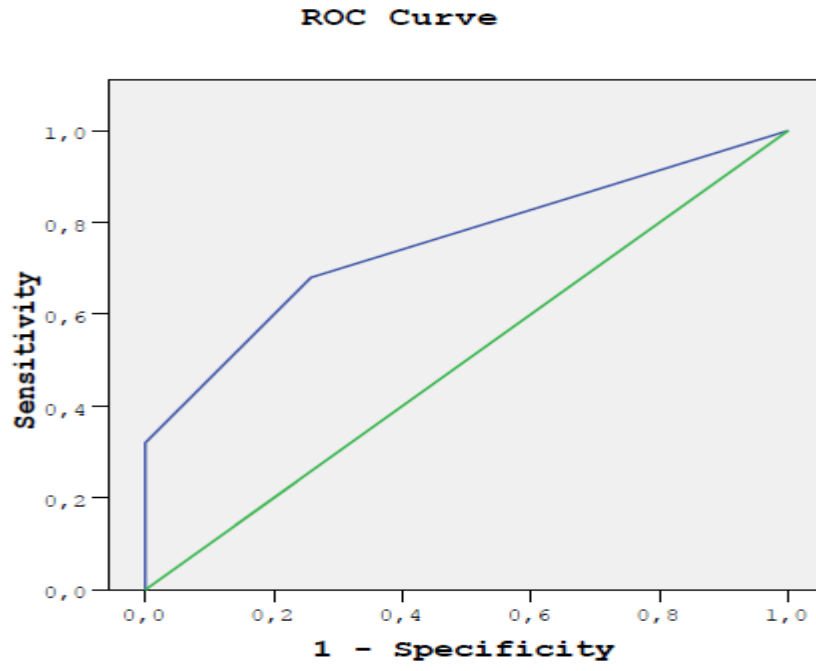
Şekil 3: ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Hastanın Kabul Edildiği Gün 16-08)



Şekil 4: ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Birinci Gün 08-16)

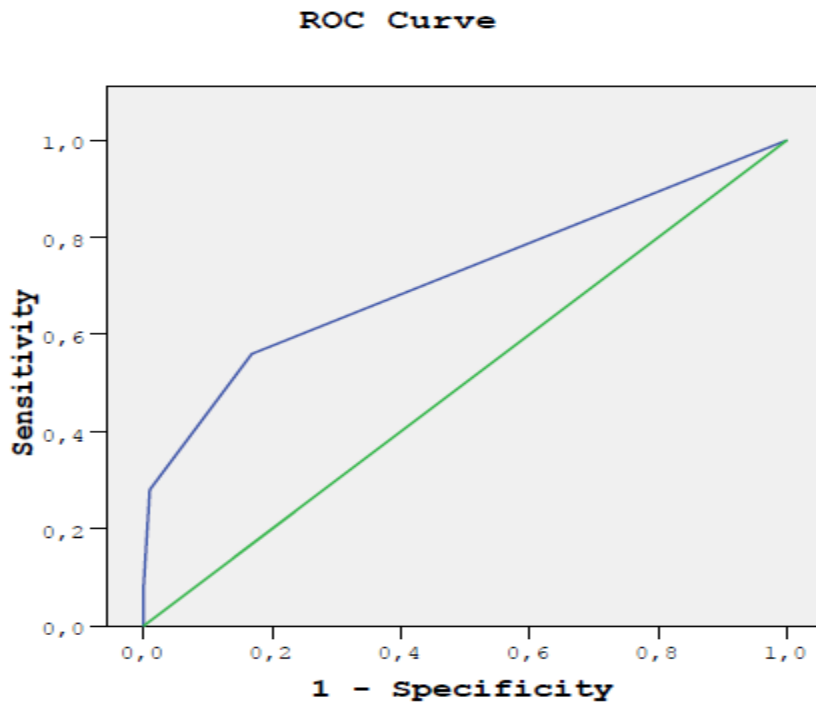


Şekil 5: ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Birinci Gün 16-08)



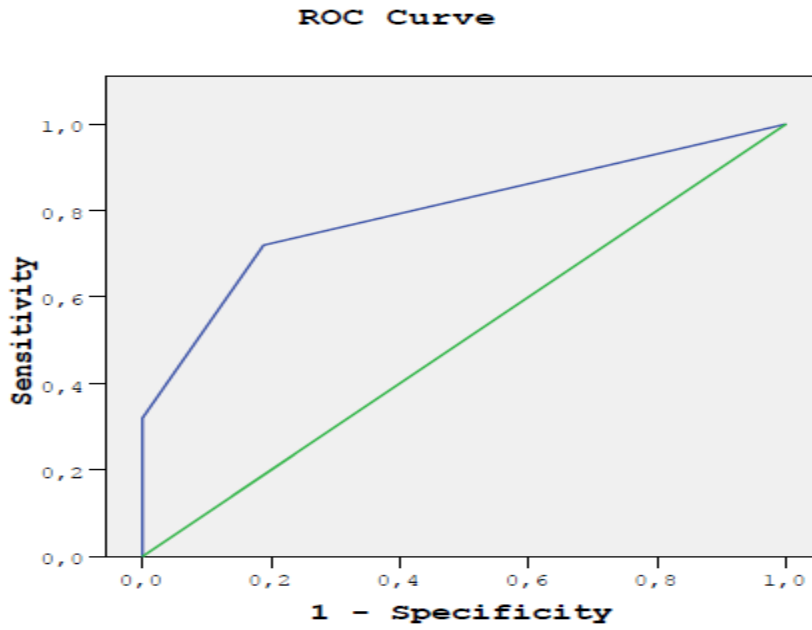
Diagonal segments are produced by ties.

Şekil 6: ROC analizine göre kesim noktasının belirlenmesi (İkinci Gün 08-16)

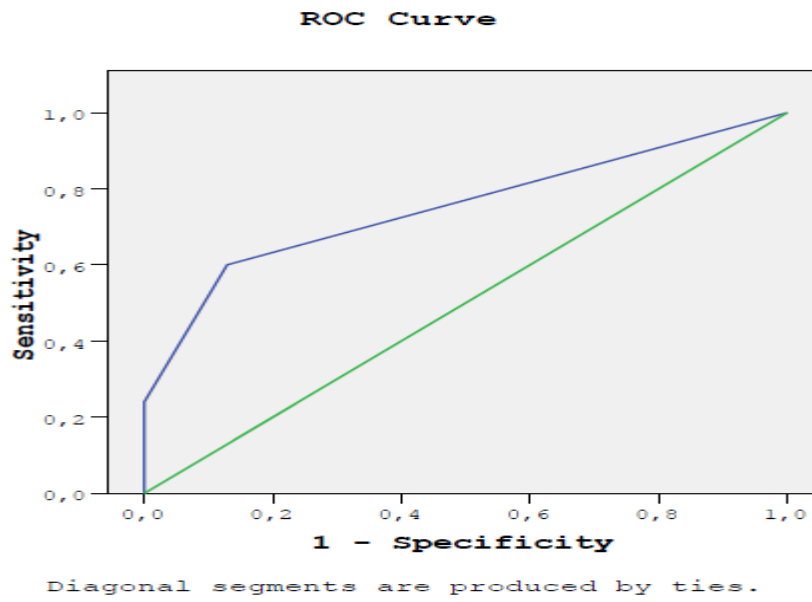


Diagonal segments are produced by ties.

Şekil 7: ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (İkinci Gün 16-08)



Şekil 8: ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Üçüncü Gün 08-16)



Şekil 9: ROC Analizine Göre Kesim Noktasının Belirlenmesi (Üçüncü Gün 16-08)

BVC risk değerlendirme aracının EAA'sı 0.700-0.800 arası olarak belirlenmiş olup değerler ölçeğin kabul edilebilir ayırımıma sahip olduğunu göstermiştir.

BVC risk değerlendirme aracının ROC analiz sonuçları incelendiğinde kabul edildiği gün 08-16 Şifti için 2.5 değerinde duyarlılık=0.800 ve 3.5 değerinde duyarlılık =0.840 (Şekil 2); kabul edildiği gün 16-08 Şifti için 2.5 değerinde duyarlılık=0.800 ve 3.5 değerinde duyarlılık =0.880 (Şekil 3); birinci gün 08-16 Şifti için 2.5 değerinde duyarlılık =0.840 (Şekil 4); birinci gün 16-08 Şifti için 1.5 değerinde duyarlılık =0.800 (Şekil 5), ikinci gün için 1.5 değerinde duyarlılık =0.680-720 (Şekil 6 ve Şekil 7);    nc  gün için 1.5 değerinde duyarlılık =0.680-760 (Şekil 8 ve Şekil 9) olduğu görülmektedir. Özgüllük değerleri ikinci gün (16-08 Şifti için) 0.990 diğer günler için 1.000'dir. BVC risk değerlendirme aracında 1.5 ve 2.5 değerleri olmadığı için ortalaması olan 2 değeri kesme noktası olarak belirlenmiş ve BVC toplam puanı 2 ve  zeri Şiddet riski var olarak değerlendirilmiştir.

4.2.1.3. BVC Risk Değerlendirme Aracının Yapı Geçerliğinin İncelenmesi

BVC risk değerlendirme aracının yapı geçerliği bilinen grupların karşılaştırılması, Şiddet davranışı olan ve Şiddet davranışı olmayan grupların karşılaştırılması Mann- Whitney U analizi ve Ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 6: Brøset Violence Checklist (BVC) Toplam Puanına Göre Şiddet Davranışı Olan ve Şiddet Davranışı Olmayan Hastaların Karşılaştırılması

	Şiddet Davranışı Olma Durumu			
	Şiddet Var (n=25)	Şiddet Yok (n=101)	U*	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Kabul Edildiği Gün (08-16)	1.70±1.56	0.39±0.49	573.500	.001
Kabul Edildiği Gün(16-08)	1.60±1.70	0.30±0.46	570.500	.001
Birinci Gün (08-16)	1.52±1.47	0.28±0.45	578.000	.001
Birinci Gün (16-08)	0.88±0.83	0,24±0,43	704.500	.001
İkinci Gün (08-16)	1.08±0.95	0.25±0.43	625.000	.001
İkinci Gün (16-08)	0.92±0.99	0.17±0.40	714.500	.001
Üçüncü Gün (08-16)	1.12±0.97	0.18±0.39	515.000	.001
Üçüncü Gün (16-08)	0.84±0.80	0.12±0.33	628.500	.001

*Mann- Whitney U analizi

$p < 0.05$

Şiddet davranışı olan hastaların kliniğe kabul edildiği gün BVC'den aldıkları toplam puan ortalamaları 08-16 şifti için 1.70±1.56, 16-08 şifti için 1.60 ±1.70; şiddet davranışı olan hastaların birinci gün toplam puan ortalamaları 08-16 şifti için 1.52±1.47, 16-08 şifti için 0.88±0.83; şiddet davranışı olan hastaların ikinci gün puan ortalamaları 08-16 şifti için 1.08±0.95, 16-08 şifti için 0.92±0.99; şiddet davranışı olan hastaların üçüncü gün puan ortalamaları 08-16 şifti için 1.12±0.97, üçüncü gün 16-08 şifti için 0.84±0.80 bulunmuştur. Şiddet davranışı olan hastaların BVC'den aldıkları toplam puan ortalamaları kliniğe kabul edildiği gün en yüksek olup diğer günler düşüş göstermektedir. Mann Whitney U analizine göre gece şiftinde şiddet davranışı olan hastaların BVC'den aldıkları toplam puan ortalamaları gündüz şiftine göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Şiddet davranışı olmayan hastaların kliniğe kabul edildiği gün BVC'den aldıkları toplam puan ortalamaları 08-16 şifti için 0.39±0.49, 16-08 şifti için 0.30±0.46; şiddet davranışı olmayan hastaların birinci gün toplam puan ortalamaları 08-16 şifti için 0.28±0.45, 16-08 şifti için 0,24±0,43; şiddet davranışı olmayan hastaların ikinci gün puan ortalamaları 08-16 şifti için 0.25±0.43, (16-08) şifti için 0.17±0.40; şiddet davranışı olmayan hastaların üçüncü gün puan ortalamaları 08-16 şifti için 0.18±0.39, üçüncü gün 16-08 şifti için 0.12±0.33 bulunmuştur. Sonuç olarak BVC'den 2 ve üzeri puan olan hastalarda şiddet davranışı görülmektedir. Hastaların BVC risk değerlendirme toplam puanına göre 24 saat

içinde şiddet davranışı olan ile şiddet davranışı olmayan grupların karşılaştırılması için Mann Whitney U analizi yapılmış ve tüm şiftlerde şiddet davranışı olan hastaların puan ortalamaları ile şiddet davranışı olmayan hastaların puan ortalamaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).



Tablo7: Hastaların Bröset Violence Checklist (BVC) Kullanımı İle 24 Saat İçinde Şiddet Risk Düzeyine Göre Şiddet Davranışı Olma Durumu

		<u>Siddet Davranışı</u>				χ^2	p
		Var		Yok			
		Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)		
Kabul Edildiği Gün Risk	Var	15	60	-		68.789	.001
	Yok	10	40	101	100		
	Toplam	25	100	101	100		
Birinci Gün Risk	Var	12	48	-		53.583	.001
	Yok	13	52	101	100		
	Toplam	25	100	101	100		
İkinci Gün Risk	Var	10	40			43.883	.001
	Yok	15	60	101	100		
	Toplam	25	100	101	100		
Üçüncü Gün Risk	Var	10	40	-		43.883	.001
	Yok	15	60	101	100		
	Toplam	25	100	101	100		

χ^2 =Ki-kare analizi

* Gözlerde beklenen değerler 5’den küçük olduğu için Fisher’s Exact testi yapılmıştır.

BVC ile şiddet riski değerlendirilen 126 hastanın 25’inde şiddet davranışı oluşmuş ve 47 şiddet epizodu gözlenmiştir. Hastaların BVC risk değerlendirme sonrası aldıkları toplam puanlarına göre kliniğe kabul edildikleri gün şiddet davranışı olan 25 hastadan %60’ı (n=15) ölçek tarafından riskli olarak belirlenmiş ve bu hastaların tamamında 24 saat içinde şiddet davranışı meydana gelmiştir. Hastaların %40’ı (n=10) ise risksiz olarak belirlenmiş olup şiddet davranışı olmamıştır. Birinci gün 25 şiddet davranışı olan hastanın %48’i (n=12) riskli olarak belirlenmiş ve 24 saat içinde bu hastaların tamamında şiddet davranışı olmuştur. Hastaların %52’si (n=13) risksiz olarak belirlenmiş ve şiddet davranışı olmamıştır. İkinci gün şiddet davranışı gözlenen hastalardan %40’u (n=10) riskli olarak belirlenmiş ve bu hastaların tamamında şiddet davranışı olmuştur. Hastaların %60’ı (n=15) ise risksiz olarak belirlenmiş ve şiddet davranışı olmamıştır. Üçüncü gün şiddet davranışı gözlenen hastalardan %40’ı (n=10) riskli olarak belirlenmiş ve bu hastaların tamamında şiddet davranışı olmuştur. Hastaların %60’ı (n=15) risksiz olarak belirlenmiş ve şiddet davranışı olmamıştır.

Şiddet davranışları en fazla hastaların kliniğe kabul edildiği gün gözlenmiştir (n=15). Birinci gün, ikinci ve üçüncü gün giderek azalmıştır (Birinci gün n=12, ; ikinci gün n=10,

üçüncü gün n=10). Hastaların BVC risk değerlendirilmesinden aldıkları toplam puan sonrası 24 saat içinde şiddet davranışı oluşum durumları Ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. BVC risk değerlendirme aracının uygulandığı tüm günlerde şiddet davranışı olan ve olmayan hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 8: Şiddet Davranışı Varlığının Hastalık Tanısına Göre Dağılımı

Hastalık Tanısı	Şiddet Davranışının Varlığı			
	Var(n=25)		Yok(n=101)	
	Sayı(n)	Yüzde(%)	Sayı(n)	Yüzde(%)
Depresyon	4	8.7	42	91.3
Bipolar Bozukluk	13	33.3	26	66.7
Şizofreni	7	35.0	13	65.0
Şizoafektif Bozukluk	0	0.0	7	100
Kişilik Bozuklukları	1	25.0	5	75
OKB	0	0.0	2	100
Demans	0	0.0	4	100
Alkol ya da Madde Bağımlılığı	0	0.0	2	100
Toplam	25	19.8	101	80.2

Araştırmamızda şiddet davranışı gösteren hastaların psikiyatrik tanıları incelendiğinde bipolar bozukluğu olan hastaların %33.3 'ünde (n=13), şizofreni hastalarının % 35 'inde (n=7), depresyon hastalarının % 8.7'sinde (4), kişilik bozukluğu tanısı olan hastaların % 25'inde (n=1) şiddet davranışı saptanmıştır.

Tablo 9: Şiddet Davranışı Varlığının Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Şiddet Davranışının Varlığı					
	Var		Yok		Toplam	
	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)	Sayı(n)	Yüzde (%)
Kadın	14	22.2	49	77.8	63	100
Erkek	11	17.5	52	82.5	63	100
Toplam	25	19.8	101	80.2	126	100

Araştırmamızdaki hasta örneklemini incelendiğinde şiddet davranışı gösteren 25 hastanın %22'sinin kadın (n=14), %17.5' inin (n=11) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Tablo10: Hastaların Bröset Violence Checklist (BVC) Risk Değerlendirme Aracından Aldıkları Toplam Puan ile Açık Agresyon Ölçeği(AAÖ)’ den Aldıkları Toplam Puan Arasındaki İlişki Düzeyleri (n:126)

BVC UYGULAMA ZAMANI	Birinci Şiddet Davranışında Toplam AAÖ puanı		İkinci Şiddet Davranışında Toplam AAÖ puanı		Üçüncü Şiddet Davranışında Toplam AAÖ puanı		Dördüncü Şiddet Davranışında Toplam AAÖ puanı	
	r	p	r	p	R	p	r	P
Kabul Edildiği Gün (08-16) BVC Toplam Puanı	.416	.097	.505	.078	.151	.721	1.000*	—
Kabul Edildiği Gün (16-08) BVC Toplam Puanı	.614	.009	.508	.076	.595	.120	a	—
Birinci Gün (08-16) BVC Toplam Puanı	.538	.026	.634	.020	.251	.549	1.000	—
Birinci Gün (16-08) BVC Toplam Puanı	.417	.096	.040	.897	.156	.713	a	—
İkinci Gün (08-16) BVC Toplam Puanı	.459	.064	.076	.804	.389	.341	1.000	—
İkinci Gün (16-08) BVC Toplam Puanı	.054	.837	.161	.599	.036	.932	-1.000	—
Üçüncü Gün (08-16) BVC Toplam Puanı	.497	.043	.406	.169	.139	.742	a	—
Üçüncü Gün (16-08) BVC Toplam Puanı	.352	.166	.583	.037	-.291	.485	a	—

a= dördüncü şiddet davranışı gözlenmedi

Tablo.10 da araştırmaya alınan hastaların BVC risk değerlendirme aracından aldıkları toplam puan ile AAÖ’ den aldıkları toplam puan arasındaki korelasyon katsayıları ayrı ayrı verilmiştir. AAÖ göre şiddet davranışı gözlenen hastaların birinci şiddet davranışı ile kabul edildiği gün 16-08 (p=0.009), birinci gün 08-16 (p=0.026) ve üçüncü gün 08-16 (p=0.43) şiftlerinde BVC risk değerlendirme aracından aldıkları toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. AAÖ göre şiddet davranışı gözlenen hastaların ikinci şiddet davranışı ile birinci gün 08-16 (p=0.020), üçüncü gün 16-08 (p=0.037) şiftlerinde BVC risk değerlendirme aracından aldıkları toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. BVC toplam puanı arttıkça AAÖ puanı da artmaktadır.

4.2.2.Bröset Violence Checklist (BVC) Risk Değerlendirme Aracının Güvenilirlik Analizlerinin İncelenmesi

Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum

BVC risk değerlendirme aracının bağımsız gözlemciler arası uyumu Cohen Kappa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Madde toplam Cohen Kappa katsayısı 0.93 bulunmuştur (n=30). Bu değer bağımsız gözlemciler arası uyumun mükemmel derecede iyi olduğunu ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

İç Tutarlılık

Tablo 11:Bröset Violence Checklist (BVC) Risk Değerlendirme Aracının İç Tutarlılık, KR-20 Katsayısı

	n	KR-20	p
Kabul Edildiği Gün (08-16)	126	.560	.001
Kabul Edildiği Gün (16-08)	126	.656	.001
Birinci Gün (08-16)	126	.594	.001
Birinci Gün (16-08)	126	.160	.001
İkinci Gün (08-16)	126	.213	.001
İkinci Gün (16-08)	126	.362	.001
Üçüncü Gün (08-16)	126	.390	.001
Üçüncü Gün (16-08)	126	.219	.001

BVC risk değerlendirme aracının güvenilirliğini belirlemek için yapılan Kuder-Richardson 20 katsayısı düşük bulunmuştur. KR-20 katsayısı kabul edildiği gün yüksek iken daha sonraki günlerde düşüş göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde BVCrisk değerlendirme aracının geçerlik ve güvenilirliğini saptamak için yapılan istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular tartışılmıştır. BVC risk değerlendirme aracının geçerlik ve güvenilirlik sonuçları, hastaların şiddet davranışı özellikleri olmak üzere üç ayrı başlıkta incelenmiştir.

5.1. Broset Violence Cheklist BVC'in Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi

5.1.1.BVC'in Dil Geçerliğinin İncelenmesi

Çalışmada çeviri -geri çeviri tekniği kullanılmış olup çevirmenler bu özellikleri taşımaktadırlar. BVC orijinal formunun İngilizce - Türkçe ve Türkçe- İngilizce geri çevirisi yapıldıktan sonra Türkçe form hazırlanmıştır. Ölçek maddeleri gözleme dayalı olup tıbbi terimlerden oluşmaktadır. Türkçe form dilinin anlaşılabilirliği ve görünüm geçerliği için çalışmanın yapıldığı psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere araç tanıtılmış ve maddeler tartışılmıştır. Hemşirelerden maddelerin ifade şekli, görünümü, dilinin anlaşılabilirliği, uygulamada kullanımının gerekliliği ve uygulamada kullanılabilirliği konusunda görüşleri istenmiştir. Ölçeğin zorlanılan, anlaşılmayan maddeleri tekrar incelenerek son şekli verilmiştir. BVC'nin uygulama ve yorumlama yönergesi (Reed, Woods & Robinson, 2000) bulunmaktadır (Ek-4). Dil uyarlamasındaki en önemli nokta çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir. Çevirinin başarısı büyük ölçüde çevirmenlerin bilgi ve deneyimine bağlıdır. Çevirmenlerin seçiminde her iki dili/kültürü iyi bilmesinin yanı sıra olabildiğince ölçek yapılarında uzman, ölçeğin nasıl kullanılacağını bilen ve araştırma raporunun metodolojik bölümünü yorumlayabilecek özelliklere sahip olması koşulu aranmalıdır (Aksayan ve Gözümlü, 2002; Deniz, 2007).

5.2.2. BVC'in İçerik/ Kapsam Geçerliğinin İncelenmesi

BVC Risk Değerlendirme Aracının Görünüm Geçerliği

Çalışmamızda 11 uzmanın görüşleri alınmıştır. Uzmanlar tarafından ölçekte yer alan her madde; 1 (çok uygun), 2 (uygun), 3 (az değişiklik gerekiyor) ve 4 (çok değişiklik gerekiyor) şeklinde puanlandırılmıştır. Uzmanlar arasındaki tutarlılık Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ile hesaplanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yapılan Kendall's W iyi uyum analizi sonucunda uzman görüşleri arasında uyumun olduğu saptanmıştır. (Kendall's $W=0.166$, $n=11$, $p=0.105$, $df= 5$, Ki kare= 9.106).

Uzman görüşü alma, içerik geçerliğinde en sık kullanılan yöntemdir. Bu geçerlik sınamasında amaç, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman grubun incelemesi sonrası, anlamlı maddelerden oluşan bir bütün oluşturmaktır. Ölçeklerin içerik geçerliğinin incelenmesinde en az üç uzmandan görüş alınması önerilmektedir (Çatal, 2008; Aksayan ve Gözüm, 2003).

BVC Risk Değerlendirme Aracının Yordama Geçerliği

BVC risk değerlendirme aracı toplam değerlendirme puanı ardından 2 ve üzeri değerleri için 24 saat içinde şiddet davranışının olacağını öngörmektedir. BVC' nin ölçtüğünü iddia ettiği teorik yapıyı ne derecede ölçebildiğini değerlendirmek, özgüllük ve duyarlılığının hesaplanması ve kesme noktasının belirlenmesi amacıyla ROC analizi yapılmıştır.

ROC eğrisi ölçüm aracı için uygun kesim noktasını vermekte ve bu kesime göre verilen kararlarda duyarlılık ve özgüllük oranları elde edilmektedir. **Duyarlılık** kısaca "gerçekte hasta olanların testte alınan kesme noktasına (cut-off) göre de hasta olması", **Özgüllük** de "gerçekte sağlıklı olanların test sonucunda da sağlıklı bulunması" dır. Test ne kadar iyi ise eğri o kadar yukarıya (yüksek duyarlılık bölgesi) ve sola (düşük yanlış pozitif oranı bölgesi) doğru kayar. ROC eğrisi altındaki alan (Area Under The ROC Curve; AUC) eğer 0.500 ise ayırım yok, 0.500 ve 0.700 arasında ise test ayırt etme gücü istatistiksel olarak anlamsız, 0.700 ve 0.800 arası ise kabul edilebilir, 0.800 ve 0.900 arası ise çok iyi olarak, 0.900 üzeri ise mükemmel olarak değerlendirilir (Dirican, 2001).

ROC eğrisi en yüksek doğruluk veren kesim (cut-off) noktasını belirler. Eğri ile duyarlılık ve özgüllük arasında optimal bir ilişki ile kesim noktasının saptanmasını sağlar. Kesim noktasını alırken yüksek veya düşük bir değeri kabul etmek farklı sonuçlara neden olacaktır. Yüksek değerlerin hastalığı gösterdiği bir durumda taramada kullanılan test için düşük kesim noktası alındığında; hastaların tamamı bulunacak, sağlam olanların bir kısmı hasta tanısı alacak (yanlış pozitif), tarama testinin duyarlılığı artacak, buna karşılık ise tarama testinin özgüllüğü azalacaktır. Test için yüksek kesim noktası alındığında ise; sağlamların tamamı bulunacak, hastaların bazıları **sağlam** tanısı alacak (yanlış negatif), tarama testinin **özgüllüğü artacak**, buna karşılık ise tarama testinin **duyarlılığı azalacaktır** (Kılıç, 2013).

Özgüllük ve duyarlılık sonuçları incelendiğinde 2 kesme noktasının 24 saat içindeki şiddeti öngörmeye uygun bir değer olduğu görülmektedir. BVC risk değerlendirme aracının ROC analiz sonucunda duyarlılık değerleri 0.680 ila 0.880 arasında, özgüllük değerleri, ikinci gün 16-08 şifti için 0.990 diğer günler için 1.000 bulunmuştur. BVC risk değerlendirme aracının EAA'sı 0. 0700-0.800 arasında belirlenmiş olup değerlerin ölçeğin kabul edilebilir ayırıma sahip olduğunu göstermektedir.

Almvik ve arkadaşlarının (2000) BVC'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında 2 ve üzeri değerler içinduyarlılık 0.630, özgüllük 0.920 bulunmuştur. Daha spesifik olarak BVC'nin %63 oranında 24 saat içinde şiddetin oluşacağını %92 oranında şiddetin oluşmayacağını tahmin ettiğini belirtmişlerdir (Almvik ve ark., 2000).

Bjorkdahl ve arkadaşlarının Norveç'te psikiyatri yoğun bakımda 73 hastanın hemşireler tarafından BVC kullanarak şiddet riskini değerlendirdikleri bir çalışmada ise toplam puanı "1" kesme noktası kullanarak bile şiddet riskinin 6.0 oranında önemli ölçüde arttığı, 6 maddenin dördünün varlığında ise 3.0 ve 6.3 arasındaki risk oranları ile şiddet davranışının önemli ölçüde tahmin edildiği belirlenmiştir. BVC toplam "2" puanının 24 saat içindeki şiddeti tahmin etmede uygun bir kesme noktası olduğu bu çalışmada da doğrulanmıştır (Bjorkdahl ve ark. ,2006).

Abderhalden ve arkadaşlarının İsviçre'nin Zürih bölgesi içinde üç psikiyatri hastanesinin altı akut servisinde BVC-G (BVC'nin Almanca uyarlanması) kullanılarak 219 hastanın şiddet riskini değerlendirdikleri bir çalışmada BVC-G nin duyarlılığı %64.3, özgüllüğü 93.9, AUC eğrisi 0.880 ile BVC'nin orijinal çalışmasıyla (Almvik ve ark., 2000) benzer sonuçlar bulunmuştur. Ancak bu çalışmada "0 ve1" toplam puanın şiddeti belirlemede çok düşük bir değer olduğu, "2 ve 3" toplam puanlarının orta derecede şiddeti belirlediğini "4" ve üstü toplama puanın şiddet riskini belirlemede kesme noktası olarak kabul edilmesi gerektiği önerilmiştir. Hastaların "2 ve 3" toplam puanları için ekip içinde şiddet riskinin olduğunun konuşulması gerektiği sadece "4" ya da daha fazla toplam puanı olan hastalar için ise aktif ve acil önleyici tedbirlerin alınması önerilmiştir. Böylece olası şiddet davranışı için gereksiz önleyici planlamaların azalacağı belirtilmiştir (Abderhalden ve ark. , 2004).

3.BVC Risk Değerlendirme Aracının Yapı Geçerliğinin İncelenmesi

Yapı geçerliğini belirlemede kullanılan bir yöntem bilinen grupların karşılaştırılmasıdır. Bu yöntemde ölçekten anlamlı olarak farklı puan alabilecek gruplar belirlenir. Ölçek gruplara uygulanarak gruplar arasında fark çıkması beklenir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Çalışmamızda BVC toplam puanlarına göre şiddet davranışı gözlenen ve şiddet davranışı gözlenmeyen hastalar arasındaki fark Mann Whitney U ve Ki kare analizleri ile değerlendirilmiştir. Yapılan her iki istatistiksel analizde hastaların BVC risk değerlendirme aracından aldıkları toplam puanlar sonrasında 24 saat içinde şiddet davranışı olan ve şiddet davranışı olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-6 ve Tablo-7)($p<0,05$). Bu sonuçlar göstermektedir ki BVC psikiyatri kliniklerinde yatan

hastalarda şiddet davranışı görülmesinde ayırtedici özelliğe sahip şiddet risk değerlendirme aracıdır.

Çalışmamızda Mann Whitney U analizinde şiddet davranışı olan hastaların BVC'den aldıkları toplam puan ortalamaları kliniğe kabul edildiği gün en yüksek olup diğer günler düşüş göstermektedir (Tablo-6). Ki kare analizinde şiddet davranışları en fazla hastaların kliniğe kabul edildiği gün gözlenmiştir. Birinci gün, ikinci ve üçüncü gün giderek azalmıştır (Tablo-7). Bu durum hastaların hastalıklarının akut döneminde olmaları, zorla yatırılma durumlarının olması ve engellenme, tehdit altında hissetme, ortam değişikliğine bağlı güven eksikliği gibi duyguların kliniğe yatışın ilk günlerinde daha yoğun yaşanması diğer günlerde yoğun psikotrop ilaç uygulanmalarının etkisini göstermesi ve şiddeti önleyici tedbirlerin alınması olarak açıklanabilir. Mann Whitney U analizinde gece shiftinde şiddet davranışı olan hastaların BVC'den aldıkları toplam puan ortalamaları gündüz shiftine göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni olarak gündüz kalabalık, gürültü gibi çevresel uyaranların yoğun olması gece ise hastaların sedasyon etkisi olan ilaçların etkisiyle uykuda olmaları ile açıklanabilir.

Şiddet riskini belirlenmesinde klinik uygulamalarda BVC kullanımı süresince maddelerinin varlığı durumunda yüksek risk belirlenmesine rağmen şiddet davranışı görülmemesinin nedeni fiziksel kısıtlama, psikotrop ilaç uygulanması gibi şiddeti önleyici müdahaleler olabilir. Diğer bir deyişle, BVC ile riskli hasta doğru tanımlanırsa ve hasta başarılı bir şekilde yönetilirse yüksek riskli bir değerlendirmeye rağmen hiçbir şiddet olayı kaydedilemez. BVC risk değerlendirme prosedüründeki basitleştirme hastalara yönelik koruyucu önlemlerin basitleştirmesine neden olmamalıdır. Aksine, değerlendirmenin basitleştirilmesi bireysel tedavi ve bakımın artmasına neden olur. Araştırmalar, tahminlerin doğruluğunu arttırmaya yönelik olmalı, aynı zamanda etkili ve insancıl önlemler alınmalıdır (Bjorkdahl ve ark. ,2006).

5.2. BVC Risk Değerlendirme Aracının Güvenirliğinin İncelenmesi

Kuder-Richardson 20 katsayısı

Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında iç tutarlılık güvenirlilik katsayısı sık başvurulan bir ölçüttür. Bu nedenle güvenirlilik değerlendirmesinde bu katsayının hesaplanması gerekir. Bir ölçeğin güvenilir olması için iç tutarlılık güvenirlilik katsayı değerinin 0 ile 1 arasında olması gerekmektedir (Bademci,2011). BVC risk değerlendirme aracının güvenilirliğini belirlemek için yapılan Kuder-Richardson 20 katsayısı düşük bulunmuştur (Tablo-11). Bu durum ölçek madde sayısının az olması (madde sayısı= 6) ve gözleme dayalı risk değerlendirme aracı olması ile açıklanabilir. Bademci'nin (2011) belirttiği üzere test veya ölçek ya da ölçme aracı madde sayısının en az 25, tercihen 30 ya da daha fazlası olmasına dikkat edilmelidir. Kuder-Richardson 20 yöntemleri kullanılarak bir test ölçüm güvenirliliğinin hesaplandığı çalışmalarda örneklem büyüklüğü en az 400 kişiden oluşmalıdır (Bademci,2011).

KR-20 katsayısı kabul edildiği gün yüksek iken daha sonraki günlerde düşüş göstermektedir. Bunun nedeni yoğun psikotropilaç tedavisi ve şiddet davranışını önleyici tedbirlerin alınması ile açıklanabilir.

Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum

Ölçek güvenilirliğini test etmek için verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı çalışmalarda Cohen Kappa katsayısı kullanılır. Gözlem sonuçları birbirine ne kadar yakın ise güvenirlilik değeri de o kadar yüksek olur (Aksayan ve Gözüm, 2003). Bu çalışmada Cohen Kappa katsayısı 0.93 bulunmuştur. Almvik ve arkadaşlarının (2000) BVC'nin geçerlik ve güvenirlilik çalışması ($k=0.44$) ile uyuşmakla birlikte BVC toplam puanı olarak değerlendirildiğinde bu çalışmada bağımsız gözlemciler arası uyum ($k=0.93$) daha yüksek bulunmuştur.

5.3. Hastaların Şiddet Davranışı Özellikleri

BVC ile şiddet riski izlenen hastaların 25'inde şiddet davranışı olmuştur ($n=126$). Toplam 47 şiddet epizodu kaydedilmiştir (Tablo 7).

Araştırmamızda şiddet davranışı gösteren hastaların psikiyatrik tanıları incelendiğinde bipolar bozukluğu olan hastaların %33.3 'ünde, şizofreni hastalarının % 35 'inde depresyon hastalarının % 8.7'sinde, kişilik bozukluğu tanısı olan hastaların % 25'inde şiddet davranışı saptanmıştır (Tablo.8). Altuner ve arkadaşlarının (2009) 2627 kişide madde kullanımı ve suç

ilişkinsini araştırdıkları bir çalışmada elde edilen bulgulara göre madde kullanımı ile suç ve şiddet arasında çok anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda alkol ve madde bağımlılığı tanısı ile izlenen hastalarda şiddet davranışı gözlenmemiştir. Hasta örneklemindeki alkol ya da madde bağımlılığı tanısı olan hasta sayısının az olması nedeniyle olabilir (n=2).

Şiddete maruz kalma riski ile en çok tanı/psikopatoloji bipolar manik epizod, şizofreni, özellikle komut varsanıları olan hastalarda, antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı, düşmanlık-şüphencilik-düşünme bozuklukları, genç yaş, erkek cinsiyet, düşük sosyal/ekonomik durum, geçmişinde şiddet öyküsünün olması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Bilgin ve Özcan , 2012; Turgut ve ark., 2006; Needman, 2004; Clarke ve ark., 2010).

Çalışmamızda şiddet davranışı gösteren 25 hastanın 14'ü kadın, 11'i erkek hastadır (Tablo.9). Literatürde cinsiyet ile şiddet davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemek için araştırmalar yapılsada sonuçlar yetersizdir. Jansen'ın (2005) makalesinde belirttiği üzere bazı araştırmacılar saldırganlığın erkeklerde daha fazla olduğunu bulmuşlardır (Bornstein, 1985). Bazı araştırmacılar ise şiddet ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir (Lam ve ark. 2000; Craig, 1982; Durivage,1989; Nijman ve ark., 1997; Kay ve ark., 1988). Hatta bazı çalışmalarda da kadın hastalarda şiddet oranları daha yüksek bulunmuştur (Convey,1986; Palmstierna ve Wistedt, 1989; Way ve Banks, 1990).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

BVC risk değerlendirme aracının Türkiye için geçerlik ve güvenilirliğinin incelendiği araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1. BVC'nin orijinal İngilizce formu ile dil açısından uygun olduğu görülmüştür. İçerik geçerliğinde BVC'nin maddelerinin uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği açısından uzmanlar açısından görüş birliği olduğu saptanmıştır.

2. BVC'nin ROC analizi sonucunda 2 kesme noktasının 24 saat içindeki şiddeti öngörmeye uygun bir değer olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç BVC'nin şiddet riskini öngörmeye ayırtedici bir özelliğe sahip olduğunu, şiddet davranışının olacağını 24 saat öncesinden belirleyebildiğini göstermektedir.

3. BVC toplam puanlarına göre şiddet davranışı gözlenen ve şiddet davranışı gözlenmeyen hastalar arasındaki fark Mann Whitney U ve Ki-kare analizleri ile sınanmıştır. BVC den aldıkları toplam puanlar ile şiddet davranışı olan ve şiddet davranışı olmayan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

4. BVC'nin güvenilirliğinin incelenmesi için yapılan Kuder-Richardson 20 katsayısı hastaların psikiyatri kliniğine kabul edildiği gün yüksek iken daha sonraki günlerde düşüş göstermektedir.

5. BVC'nin güvenilirliğinin incelenmesi için yapılan Cohen Kappa katsayısı yüksek bulunmuştur. Bağımsız gözlemciler arası uyumun mükemmel derecede iyi ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

6. Araştırmaya alınan 126 hastanın 25'inde 47 şiddet epizodu gözlenmiştir. Şiddet davranışı en çok bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı olan hastalarda gözlenmiştir.

6.2. Öneriler

1. BVC psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda şiddet riskinin belirlenmesinde kullanılabilecek geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir değerlendirme aracıdır.
2. Psikiyatri kliniklerinde BVC'nin şiddet riskinin belirlenmesinde etkinliğini değerlendirecek daha ileri çalışmaların yapılması önerilir.
3. Bu çalışmada hastalar psikiyatri kliniğine kabul edildikleri ve sonraki üç gün süresince şiddet riski açısından değerlendirilmiştir. Hastaların psikiyatri kliniğinde yattığı süre boyunca BVC'nin şiddet riskini öngörmedeki etkinliğini belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması önerilir.
4. Yatan psikiyatri hastalarında şiddetin önlenmesi ve etkili yönetilmesi için klinik uygulamalarında kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abay E., Tuğlu C., Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi Klinik Psikiyatri, 2000;3:21-26.

Abderhalden C. , Needham I. , Friedli T. K. , Poelmans J. ve ark. , Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002;106:412, 110-117.

Abderhalden, C. , Needham I. , Miserez B. , Almvik, R. ve ark. Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: A multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004; 11: 4, 422-427.

Abderhalden, C. , Needham, I. , Dassen, T. , Halfens ve ark. . Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2008;193:1, 44-50.

Altuner D. , Engin N. , Gürer C. , Akyay, İ. ve ark. Madde kullanımı ve suç ilişkisi: Kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2009; 7,2.

Almvik, R. , Woods, P. , Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal Of Interpersonal Violence*, 2000; 15.12, 1284-1296.

Almvik R. , Woods P. Short-term risk prediction: The Brøset Violence Checklist. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 2003; 10: 2, 236-238.

Almvik R. Assessing the risk of violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist thesis for the degree of doctor Philosophia, 2008.

Akbaş G., Korkmaz L. Ölçek uyarlaması (Adaptasyon). *Türk Psikoloji Bülteni*, 2007; 13.40: 15.

Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri: SPSS uygulamaları. 3. Baskı. Ankara, Emek Ofset Ltd. 2005.

Aksayan, S. Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002; 4,1.

Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 5: 3-14.

Aras Hİ, Erkek şizofreni hastalarında alkol ve/veya madde kullanımının yaşam kalitesine etkisi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2011.

Aras Hİ, Şizofrenide Şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2014; 6,1.

Arnetz, J. E. ,Arnetz, B. B. , Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Social Science & Medicine, 2001; 52,3: 417-427.

Bademci, V. "Kuder-Richardson 20, Cronbach'ın Alfası, Hoyt'un Varyans Analizi, Genellenirlik Kuramı Ve Ölçüm Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma." Dicle University Journal of Ziya Gokalp Education Faculty 17 (2011).

Barlow K., Grenyer B., Ilkiw-Lavalle O., Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2000; 34:967–974.

Belli H., Ural C. Vardar M.K., Tezcan B. , Şizofrenide şiddet ve cinayet eylemi: Risklerin değerlendirilmesi, önleyici tedbirler ve tedavide klozapinin yeri, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler dergisi, 2011; 24:222-227

Bilgin H., Keser Özcan N., Psikiyatri servislerinde agresyon, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012; 3-1:42-47.

Bjorkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. , Nurses short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care . Acta Psychiatr Scand 2006: 113: 224–229.

Budak, S. Psikoloji Sözlüğü. Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara. 2000.

Bushman B.J., Huesmann L. R. Aggression Brad J. Bushman, Institute for Social Research, University of Michigan
(<http://www.rcgd.isr.umich.edu/aggr/articles/Huesmann/2010.Bushman&Huesmann.Aggression.HandbookSocial.pdf>) (Erişim Tarihi: 27.02.2016)

Böke Ö, Sarısoy G, Çelik C, Aker S. ve ark. Yatarak tedavi gören Şizofreni hastalarında fiziksel saldırganlık ve nörolojik silik işaretler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, , 2008; 18-1: 22-30.

Chukwujekwu D. C, Stanley P. C. Prevalence and correlates of aggression among psychiatric in-patients at Jos University Teaching Hospital. Nigerian Journal of Clinical Practice, 2011, 14,2: 163-167.

ClarkeD. E. , Brown M., GriffithP.The Brøset Violence Checklist: Clinical Utility İn a Secure Psychiatric Intensive Care Setting. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2010, 17, 614–620

Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012, 11,3.

Çatal E, Dicle A, "Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması." Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008: 1,1: 19-32.

Çüm S, Koç N, Türkiye’de psikoloji ve eğitim bilimleri dergilerinde yayımlanan ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarının incelenmesi. Journal of Educational Sciences & Practices, 2013: 12.24.

Deniz, K. Z. Psikolojik ölçme aracı uyarlama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2007, 40,1: 1-16.

Dursun Y, Şiddetin izini sürmek: Şiddet nedir? Journal of Philosophy and Social Sciences, Autumn, 2011, 12: 1-18.

Doksat M. K. Şiddet Psikolojisinin Evrimsel Yönü. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2011, 4,2: 1-7.

Delaune S.C.Anger management and intervention in psychiatric- mental health settings, Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing (3rd Edition), ABD, 2013;chapter 35; 755-770

Eraslan D. Kayahan B. Şiddetin Nörobiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2011, 4,2: 21-25.

Ercan, İ. Kan, İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004, 30,3: 211-216.

Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği Bölüm VII. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri. İstanbul Odak Ofset, 2004; 169-188.

Eronen M. Hakola P. Tiihonen, J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. Archives of General Psychiatry, 1996, 53,6: 497-501.

Güleç G. Kaptanoğlu C. Şiddetin Psikodinamik ve Bilişsel Kökenleri. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2011, 4,2: 14-20.

Gökçe, T. Dünder, C. Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2008, 15,1.

Hambleton R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment, 2005, 1: 3-38.

Hartvig P., Roaldset J. O., Moger T. A., Østberg B., ve ark. The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: The inpatient context. *European Psychiatry*, 2011, 26,2: 92-99.

Jansen G. J. The attitude of nurses towards inpatient aggression in psychiatric care: The development of an instrument. [University Library Groningen][Host] 2005.

Kahriman, İ. Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2014, 5,2: 77-83.

Kavak F. , Ekinci M. Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere yönelik şiddet. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2,3

Kılıç S., Klinik Karar Vermede ROC Analizi.*Journal of Mood Disorders* 2013;3(3):135-40

Kutlu L., Açık Agresyon Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2003.

Kurtyılmaz Y. Öğretmen adaylarının saldırganlık düzeyleri ile akademik başarıları, iletişim ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir 2005.

Needham I. , Abderhalden C. , Meer R. , Dassen T. , ve ark. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004; 11,5: 595-601.

Novitsky Jr, Mark A. , Julius Rose J. , ve ark. Non-pharmacologic management of violence in psychiatric emergencies. *Primary Psychiatry*, 2009; 16,9.

Öztürk N.B, Eroğlu M.G, Kelecioğlu H. Eğitim alanında yapılan ölçek uyarlama makalelerinin incelenmesi. *Eğitim Ve Bilim*,2015; 40.178.

Öztürk A. Psikiyatride bireysel savunma ve agresyona müdahale teknikleri eğitiminin etkinliğini belirlemeye yönelik bir çalışma: Bakırköy örneği. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2012; 49:86-91.

Roaldset J. O. , Hartvig P. , Linaker O. M., Bjørkly S. . A multifaceted model for risk assessment of violent behaviour in acutely admitted psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 2012; 200,2: 773-778.

Rueve M. E. , Welton R. S. . Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgmont)*, 2008, 5,5: 34.

Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği Resmî Gazete, 8 Mart 2010 Sayı: 27515.

Sezer Ö. , Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne Baba Tutumları Ve Bazı Faktörlerle İlişkisi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi.2010. I, 1-19.

Singh J. P., Serper M., Reinharth J., Fazel S. Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: a systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. Schizophrenia Bulletin, 2011, 37,5: 899-912.

Swanson J. W. , Holzer III C. E. , Ganju V. K. , Jono R. T. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Psychiatric Services, 1990; 41,7: 761-770.

Steinert T. Prediction of inpatient violence. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2002; 106.s412: 133-141.

Stuart GW, Preventing and Managing Agressive Behavior, In: Stuart GW, Lariai MT, editors. Psychiatric nursing, eighth edition. China: Mosby, 2005; 630-650.

Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik (1. Basım) Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret AŞ, Ankara, 2005;499-559.

Turgut T. , Lagace D. , Izmir M. Dursun S. Assessment of violence and aggression in psychiatric settings: Descriptive approaches. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2006, 16,3: 179.

Ünal S. Psikiyatri Kliniklerinde Şiddet Yönetimi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2011;19,2: 116-121.

Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and Emergency Departments. National Institute for Clinical Excellence, (Clinical practice guidelines)2005.

[<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10964/29719/29719.pdf>](Erişim Tarihi: 20.05.2015).

Yılmaz B. Şiddetin psikolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 2011, 4,2: 8-13.

Krug E. G. Mercy J. A. , Dahlberg L. L., Zwi, A. B. World Health Organization The world report on violence and health. The lancet, 2002, 360.9339: 1083-1088.

Woods P, Almvik R. The Brøset violence checklist (BVC) Acta Psychiatr Scand 2002: 106: 103–105.

8.EKLER

Ek-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA)

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, Psikiyatri kliniğinde hastaların şiddet riskini değerlendirme aracı “Brøset Violence Checklist (BVC)” Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir. Sizden beklenen ankette bulunan soruları doldurmanızdır. Psikiyatri kliniğine yatışınızın olduğu gün ve sonraki üç gün boyunca şiddet riski açısından gözleneceksiniz. Size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Çalışmadan dolayı herhangi bir zarar veya risk oluşmayacaktır. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanma aşaması dâhil, hiç bir aşamada isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size sözel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Anlamadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri isteme, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar alma, istediğiniz zaman araştırmadan katılmaktan vazgeçme hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak 05382672055 numaralı telefondan araştırmacıya (Gülşen Moursel) ulaşmanız mümkündür. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcı Adı-Soyadı

İmzası

Araştırmacının Adı-Soyadı

İmzası

Ek-2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA YAKINI)

Sayın hasta yakını;

Bu araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak planlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, Psikiyatri kliniğinde hastaların şiddet riskini değerlendirme aracı “Brøset Violence Checklist (BVC)”Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir. Sizden beklenen hastanız ile ilgili ankette bulunan soruları doldurmanızdır. Hastanız psikiyatri kliniğine yatışının olduğu gün ve sonraki üç gün boyunca şiddet riski açısından gözlenecek herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Çalışmadan dolayı herhangi bir zarar veya risk oluşmayacaktır. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanma aşaması dâhil, hiç bir aşamada hastanızın ve sizin isminiz, kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Bu form sizi çalışma hakkında bilgilendirmeye yöneliktir. Size sözel olarak anlatılan bilgilerin yazılı halini içermektedir. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Anlamadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz. Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri isteme, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar alma ve istediğiniz zaman araştırmaya katılmaktan vazgeçme hakkınız vardır. Araştırma ile ilgili olarak 05382672055 numaralı telefondan araştırmacıya (Gülşen Moursel) ulaşmanız mümkündür. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederim.

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcı Adı-Soyadı

İmzası

Araştırmacının Adı-Soyadı

İmzası

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

- Yaşı: 18-24 () 25-29() 30-34() 35-49() 50-54 () 55-59() 60-65 ()
- Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()
- Medeni Durumu: Evli () Bekar () Dul ()
- Eğitim Durumu: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
- Çalışma Durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor ()
- Sosyal Desteğin Varlığı: Var () Yok () Yetersiz ()
- Geçmişte şiddet davranışının varlığı: Var () Yok () Bilinmiyor ()
- Geçmişteki şiddet davranışının sayısı: 1() 2() 3() 4() 5 ve üzeri ()
- İlk şiddet davranışının (varsa) olduğu yaş:
5-11() 12-17() 18-24() 25-29() 30-34() 35-49() 50-65 ()
- Alkol kötüye kullanımı: Var () Yok ()
- Madde kötüye kullanımı: Var () Yok ()
- Hastalık Tanısı:
- Komut Varsanıları: Var () Yok ()
- Paranoid Sanrılar: Var () Yok ()
- Yatış şekli: istemli () istemsiz ()

Ek-4

BRQSET ŞİDDET LİSTESİ

Yorumlama ve Uygulama

Puanlamanın yorumlanması

Puan = 0 Şiddet riski az

Puan = 1-2 Şiddet riski orta derecede. Önleyici tedbirler alınmalıdır.

Puan > 2 Şiddet riski çok yüksektir. Önleyici tedbirler alınmalıdır. Buna ek olarak olası şiddeti yönetmek için bir plan geliştirilmesi gerekmektedir.

Davranışların/maddelerin uygulanışı

Konfüze	Konfüze ve desoryante olduğu açıkça görülmektedir. Yer, kişi ve zamanın farkında değildir.
İrritabilite	Kolayca rahatsız olur ya da öfkelenir. Başkalarının varlığına tahammül edemez.
Taşkınlık	Davranışları açıkça “yüksek sesli” veya gürültülüdür. Örneğin kapıları çarpar. Dışarıya doğru bağırarak konuşur.
Fiziksel tehdit	Başka bir kişiyi kesin bir niyetle fiziksel olarak tehdit etmektedir. Örneğin saldırgan bir duruş alma; başkalarını kıyafetlerinden tutup çekiştirme; tek kolun, bacağın yükseltilmesi, yumruk yapmak veya başkalarına yönelik kafa-tekme atma ile korkutma (modeling)
Sözel tehdit	Sadece yüksek bir sestten daha fazla olan bir sözel patlama vardır; burada kesin bir niyetle başka bir kişiyi korkutma veya tehdit vardır. Sözlü saldırılara örnek olarak istismar, isim takmak, kızmış agresif bir şekilde sözde tarafsız yorumlar yapmak.
Nesnelere saldırı	Bireye karşı değil nesnelere yönelik saldırı. Örneğin nesneleri gelişi güzel fırlatmak; camlara vurmak ya da kırmak; tekmelemek, objelere kafa ya da ayakla vurmak, mobilyaları kırmak.

Not: fiziksel tehdit davranış/maddeleri, sözlü tehdit ve nesnelere saldırı, için uygulamalar yazarlardan biri olan (Woods) Davranışsal durum endeksinden (Reed, Woods & Robinson, 2000) uyarlanmıştır.

© Roger Almvik and Phil Woods 2000 – yazarlardan birinin izni olmadan kopyalanamaz (email: roger.almvik@ntnu.no or phil.woods@usask.ca)

Ek-5 Brøset Violence Checklist (BVC) Türkçe Formu

Brøset Violence Checklist (BVC) Yorumlanması ve Uygulanması

Brøset Şiddet Kontrol Listesi (BVC)- Kısa Yönerge: Her vardiyada belirlenen bir zamanda hasta değerlendirilir. Davranışın yokluğunda (0) puan, varlığında (1) puan verilir. Maksimum toplam puan (6)' dır. Eğer iyi tanınan bir hasta için davranışı normal ise sadece artış olduğunda (1) puan verilir. Örneğin; iyi bilinen bir hasta normalde konfüze ise puanlaması (0) olacaktır (uzun süredir böyle olduğu için). Eğer konfüzyonda artış gözlenirse (1) puan verilir.	Hastanın Adı-Soyadı Tarih:
--	---

Hastanın Kabul Edildiği Gün		
Tarih:		
	08-16	16-08
Konfüze		
İrritabl (Huzursuz)		
Taşkın		
Sözel tehditte bulunma		
Fiziksel tehditte bulunma		
Nesnelere Saldırıda Bulunma		
Toplam		

1.Gün		
Tarih:		
	08-16	16-08
Konfüze		
İrritabl (Huzursuz)		
Taşkın		
Sözel tehditte bulunma		
Fiziksel tehditte bulunma		
Nesnelere saldırıda bulunma		
Toplam		

2.Gün		
Tarih:		
	08-16	16-08
Konfüze		
İrritabl (Huzursuz)		
Taşkın		
Sözel tehditte bulunma		
Fiziksel tehditte bulunma		
Nesnelere saldırıda bulunma		
Toplam		

3.Gün		
Tarih:		
	08-16	16-08
Konfüze		
İrritabl (Huzursuz)		
Taşkın		
Sözel tehditte bulunma		
Fiziksel tehditte bulunma		
Nesnelere saldırıda bulunma		
Toplam		

Ek-6

Brøset Violence Checklist (BVC) İngilizce Formu

The Brøset Violence Checklist © (BVC) - quick instructions: Score the patient at agreed time on every shift. Absence of behaviour gives a score of 0. Presence of behaviour gives a score of 1. Maximum score (SUM) is 6. If behaviour is normal for a well known client, only an increase in behaviour scores 1, e.g. if a well known client normally is confused (has been so for a long time) this will give a score of 0. If an increase in confusion is observed this gives a score of 1.	PATIENT/CLIENT DATA
--	---------------------

MONDAY / /			
	DAY	EVENING	NIGHT
CONFUSED			
IRRITABLE			
BOISTEROUS			
VERBAL THREATS			
PHYSICAL THREATS			
ATAKING OBJECTS			
SUM			

TUESDAY / /			
	DAY	EVENING	NIGHT
CONFUSED			
IRRITABLE			
BOISTEROUS			
VERBAL THREATS			
PHYSICAL THREATS			
ATAKING OBJECTS			
SUM			

WEDNESDAY / /			
	DAY	EVENING	NIGHT
CONFUSED			
IRRITABLE			
BOISTEROUS			
VERBAL THREATS			
PHYSICAL THREATS			
ATAKING OBJECTS			
SUM			

THURSDAY / /			
	DAY	EVENING	NIGHT
CONFUSED			
IRRITABLE			
BOISTEROUS			
VERBAL THREATS			
PHYSICAL THREATS			
ATAKING OBJECTS			
SUM			

FRIDAY / /			
	DAY	EVENING	NIGHT
CONFUSED			
IRRITABLE			
BOISTEROUS			
VERBAL THREATS			
PHYSICAL THREATS			
ATAKING OBJECTS			
SUM			

SATURDAY / /			
	DAY	EVENING	NIGHT
CONFUSED			
IRRITABLE			
BOISTEROUS			
VERBAL THREATS			
PHYSICAL THREATS			
ATAKING OBJECTS			
SUM			

Ek-7

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ

Agresif Davranış(Uygun olanları işaretleyin)

Sözel Agresyon

- ☐ 1-Yüksek sesle gürültü yapma, öfkeyle bağırma
- ☐ 2-Bağırarak kişiye yönelik hafif hakaretlerde bulunma (Örn:”Sen aptalsın”)
- ☐ 3-Ağır küfürler söyleme, öfkeyle çirkin dil kullanma, kendisine ya da çevresindekilere karşı orta şiddette tehditlerde bulunma
- ☐ 4-Başkalarına ya da kendisine yönelik açıkça şiddet tehditlerinde bulunma (“Seni öldüreceğim”) yada davranışını kontrol edebilmesi için yardım isteme

Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ 1- Kapıyı çarpma, giysilerini atarak dağıtma, ortalığı dağıtma
- ☐ 2- Eşyaları fırlatma, mobilyaları kırmadan tekmeleme, duvara iz bırakma
- ☐ 3- Eşyaları kırma, pencereleri çarparak kırma
- ☐ 4- Yangın çıkarma, eşyaları tehlikeli bir biçimde atma

Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ 1- Cildini çimdikleme yada tırmalama, kendisine vurma, saçını çekme (Hafif bir yaralanma ile ya da yaralanmadan)
- ☐ 2- Başını vurma, yumruklama, kendini yere atma ya da eşyalara vurma (Ciddi yaralanma olmaksızın kendine zarar verme)
- ☐ 3- Kendisinde küçük kesiklere, morluklara ve hafif yanıklara neden olma
- ☐ 4- Kendisini sakatlama, derin bir şekilde kesme, ısırma (Bazen ısırık kanamaya neden olacak kadar güçlüdür.) İç organlarda yaralanma, kırıklar, diş kaybı, kendini kaybetme

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ 1- Tehdit edici bir tarzda hareketlerde bulunma, ellerini kollarını sallama, giysilerini çekiştirme
- ☐ 2- Başkalarına vurma, tekmeleme, itme ya da saçlarını çekme (Onları yaralamadan)
- ☐ 3- Başkalarına saldırma, hafif ya da orta şiddette fiziksel olarak zarar verme (çürükler, burkulma, darbe izleri)
- ☐ 4- Başkalarına saldırma, ağır fiziksel yaralanmalara neden olmak (kemik kırıkları, derin yaralar ya da iç organ yaralanmaları)

Olayın Başladığı Zaman:

Olayın Süresi (saat/dakika):

MÜDAHALE(GİRİŞİM)

(Uygun olanları işaretleyin)

- ☐ 1- Girişim Yok
- ☐ 2- Hastayla Konuşma
- ☐ 3- Yakın Gözlem
- ☐ 4- Hastayı Tutarak Engelleme
- ☐ 5- Acil olarak ağız yoluyla ilaç verme
- ☐ 6- Acil olarak enjeksiyon yoluyla ilaç verme
- ☐ 7- Hastayı tecrit etmeksizin izolasyon (Süre koymadan)
- ☐ 8- Hastayı tecrit etme
- ☐ 9- Kısıtlamaları kullanma (Gömlekle ya da yatağa bağlayarak)
- ☐ 10-Yaralanma hastanın acil tıbbi tedavisini gerektirir
- ☐ 11-Yaralanma diğer kişinin acil tıbbi tedavisini gerektirir

Ek-8

BRØSET VIOLENCE CHEKLIST (BVC) İZİN BELGESİ

Gönderen: "roger almvik" <roger.almvik@ntnu.no>
Konu: re:
Tarih: 23 mayıs 2013, perşembe, 2:58 am
Alıcı: "gulsen.moursel@deu.edu.tr" <gulsen.moursel@deu.edu.tr>

Dear Gülsen

You have hereby my permission to use the Brøset Violence Checklist for the purpose described in previous emails and if translated to Turkish according to scientific methods for translation and back-translation etc and also if referred to accordingly. I wish you good luck and please keep me informed about the progress of your work.

Best wishes
Dr. Roger Almvik

Sendt fra min iPad

Den 21. mai 2013 kl. 18:16 skrev
"https://webmail.deu.edu.tr/kail/src/compose.php?send_to=gulsen.moursel%40deu.edu.tr"
<https://webmail.deu.edu.tr/kail/src/compose.php?send_to=gulsen.moursel%40deu.edu.tr>:

Dear Mr. Roger Almvik

I would like to inform you that I had received your e-mail and the resources with many thanks.

Please send me your written confirmation that I can use the BVC method by e-mail

Thank you for your all help and assistance

Best regards,

Gülşen Moursel

Contact details

E-mail:

https://webmail.deu.edu.tr/kail/src/compose.php?send_to=gulsen.moursel%40deu.edu.tr

Mobile: 00905382672055

Address: Dokuz Eylül University Nursing Faculty Psychiatric Nursing

Department

İzmir/ Turkey

Ek-9. Kurum İzini

 **T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ**  **DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

SAYI : B.08.6.YÖK.2.DE.H.01.0.01.0.00-
KONU :

03.09.2013*009881
02/09/2013

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

İLGİ : 18.07.2013 tarihli ve 1171 sayılı yazınız,

İlgili yazınızda bahsettiğiniz Yüksek Lisans öğrencisi Gülşen MOURSEL'in "Psikiyatri Kliniğinde Hastaların Şiddet Riskini Değerlendirme Aracı: The BROSET Violence Checklist (BVC) Türkçeye uygulanması Geçerlilik ve Güvenilirlik" isimli yüksek lisans tezini Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapması Başhekimliğimiz tarafından uygun görülmüştür.



Prof. Dr. Mehmet Refik MAS
Başhekim

Adres: Mithatpaşa Cad. No:1606 İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova/İZMİR
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Ayda GÜL Memur
Tel : (0232) 412 23 11 Faks : (0232) 412 21 98 E-Posta: ayda.gul @deu.edu.tr.
Elektronik ağ : www.deu.edu.tr



Ek-10 Etik Kurul İzin Belgesi

Karar No:2013/37-18		Tarih: 10.10.2013			
KARAR BİLGİLERİ Doç.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın sorumlusu olduğu "Psikiyatri Kliniğinde Hastaların Şiddet Riskini Değerlendirme Aracı "Broset Violence Checklist (BVC)" Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI		Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu			
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?	İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Psikiyatri Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.S.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BILGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Celal DEMİR	Sağlık mensubu	75. Yıl Özel İlköğretim	Erkek	E ☐ H ☒	

Ek-11 ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad:	Gülşen Moursel			
İletişim Bilgileri:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Servisi 35340-Balçova-İzmir			
Telefon:	İş: 02324122781 Cep: 05382672055			
E-mail:	gulsen.moursel@deu.edu.tr			
Kısa Özgeçmiş	Doğum Tarihi: 05.07.1977			
	Öğrenim Durumu			
	2011-2016	DEU Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans		
	2009-2011	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Lisans		
	1994-1996	Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım S.H.M.Y. O. Hemşirelik Önlisans		
	Mesleki Deneyim			
	Görev Süresi	Ünvan	Kurum	Bölüm
	21.12.1997- 01.05.2009	Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Acil Servis
01.05.2009-	Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Erişkin Psikiyatri Servisi	